



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Kivun arviointi ja hoitaminen iäkkään ihmisen hoitotyössä

---

Carlson Tiina

Leander-Korte Susanna

Paakkinen Hanna

Laurea-ammattikorkeakoulu Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Yksikkö

## Kivun arviointi ja hoitaminen iäkkään ihmisen hoitotyössä

Carlson Tiina  
Leander-Korte Susanna  
Paakkinen Hanna  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2013

Carlson Tiina  
Leander-Korte Susanna  
Paakkinen Hanna

### Kivun arviointi ja hoitaminen iäkkään ihmisen hoitotyössä

Vuosi	2013	Sivumäärä	89
-------	------	-----------	----

Tämä opinnäytetyö tehtiin Järvenpäässä sijaitsevaan Kivipuiston palvelutalolle. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millaisilla menetelmillä palvelutalon hoitajat arvioivat ja hoitavat ikääntyneen kipua. Aihe valittiin yhdessä palvelutalon yhdyshenkilön kanssa. On todettu, ettei iäkkäiden kipua hoideta riittävästi. Kivun arviointi on lisääntynyt vasta viime vuosina, mutta sen tulisi olla osa päivittäistä hoitotyötä. Tutkimustietoa iäkkäiden kivun arvioinnista ja hoidosta tulisi hyödyntää entistä aktiivisemmin iäkkäiden hoitopaikoissa.

Tutkimus toteutettiin teemahaastattelulla. Haastatteluihin oli ennalta valittu kuusi hoitajaa talon kolmesta eri asumisyksiköstä. Haastattelulla saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Tutkimus osoitti ettei käytössä ole opasta kivunarviointiin ja -hoitoon. Kivunarvioinnissa ei ollut käytössä siihen tarkoitettuja mittareita. Haastattelussa nousi esille tarve ja halukkuus koulutukselle sekä kivunhoito-oppaalle.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi iäkkään kivun arvioinnin ja hoidon opas Kivipuiston palvelutalon hoitohenkilökunnalle. Oppaan tarkoituksena on toimia työvälineenä hoitotyössä. Opas koottiin teoreettisen ja teemahaastattelujen tulosten pohjalta. Pääpaino oppaaseen muodostettiin tutkimuksen tarkoituksen, toiveiden ja tarpeiden kautta. Keskeisimmiksi aiheiksi nousi kipu, kivun arviointi ja hoito, sekä kivusta kirjaaminen.

Carlson Tiina  
Leander-Korte Susanna  
Paakkinen Hanna

**Elderly pain assessment and pain care in nursing**

Year	2013	Pages	89
------	------	-------	----

This thesis was done in conjunction with Kivipuisto, a sheltered home in Järvenpää. The goal of this research was to find out what kind of methods the nursing staff should use to assess and treat elderly pain. The subject was chosen in conjunction with a contact person from Kivipuisto. Different studies have shown that elderly pain is not treated sufficiently. Within the last few years pain assessment has increased which should be a part of daily care with elderly. With this knowledge of pain assessment and care it should be used more actively in elderly care facilities.

This research was carried out by theme interviews. Interviews were conducted with 6 members of the nursing staff from 3 different housing units which were chosen in advance. The material from the interviews was analyzed with content analysis method. The research showed there was not a handbook in use for pain assessment and pain care. There was no indicator used intended for pain measurement. The interviews showed there is need and desire for education and a handbook about pain care methods.

A handbook of elderly pain assessment and care for Kivipuisto's nursing staff came about as a result of this thesis. The handbook's purpose is to serve as a tool in nursing care. The handbook was based on the theory information and the results of theme interviews. The main focus of the handbook was formed through the purpose of the study and the staff's wishes and needs. Key components were pain, pain assessment, pain care and documentation.

Keywords: elderly, pain, pain assessment, pain care methods, documentation

## Sisällys

1	Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus .....	6
2	lökkään kipu.....	7
2.1	Kivun arviointi .....	11
2.1.1	Kipumittarit .....	12
2.1.2	lökkään kivun arvioinnin haasteita .....	15
2.2	Kivun hoito .....	16
2.2.1	Kivun lääkkeetön hoito .....	18
2.2.2	Kivun lääkinnällinen hoito .....	23
2.3	Lähihoitajan ja sairaanhoitajan kivunhoito- / lääkehoito-osaaminen .....	29
2.3.1	Kivipuiston lääkehoidon osaamisen vaatimukset .....	30
2.4	Kivunhoidon kirjaaminen pitkäaikaishoidossa.....	31
3	Tutkimuksen toteutus .....	32
3.1	Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusongelmat .....	32
3.2	Tutkimusmenetelmä .....	33
3.3	Kohderyhmä ja aineiston keruu.....	33
3.4	Aineisto analyysi.....	36
4	Tulokset.....	39
4.1	lökkään kivun hoidon arviointi .....	40
4.2	lökkään kivun hoitaminen.....	42
5	lökkäiden kivun arvioinnin ja hoidon- opas.....	44
5.1	Oppaan sisältö .....	44
6	Pohdinta .....	47
6.1	Luotettavuus ja eettisyys .....	47
6.2	Tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset .....	49
6.3	Kehittyminen asiantuntijuuteen.....	51
6.4	Jatkotutkimusaiheet.....	53
	Lähteet .....	55
	Kirjalliset lähteet: .....	55
	Sähköiset lähteet: .....	56
	Kuvat: .....	59
	Kuviot: .....	60
	Taulukot .....	61
	Liitteet.....	62

## 1 Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus

Terveysthuollon palvelutarve lisääntyy iäkkäiden väestömäärän kasvaessa. Tulevina vuosina tämä tulee lisäämään terveydenhuollon kustannuksia. (Pesonen 2011.) Riittävä ja asianmukainen kivunhoito kuuluu jokaisen ihmisen oikeuksiin iästä riippumatta. Tätä edellyttävät lainsäädäntö ja eettiset syyt. (Tarkkila 2005, 31; Tilvis 2004, 223.) Eri tutkimusten mukaan iäkkäistä 16-86% kärsii toistuvista kivusta ja heistä 25%:lla kipu on jatkuvaa. Tutkimukset osoittavat iäkkäiden kivunhoidon olevan riittämätöntä. Erityisesti pitkäaikaishoidossa olevien, sekä muistisairaiden kivunhoitaminen on puutteellista. (Kivelä & Riihinen 2007, 74; Pesonen 2011.) Tutkimustietoa iäkkäiden kivun arvioinnista, hoidosta ja toteutuksesta on olemassa, mutta tietoa tulisi hyödyntää entistä aktiivisemmin erityyppisissä iäkkäiden hoitopaikoissa. (Palviainen, Kankkunen, & Suominen 2005, 32.) Kivun hoidon kehittämiseksi on parannettava terveydenhuollon ammattilaisten osaamista kivun mekanismien ja hoitokeinojen osaamisessa. (Niemi-Murola, Kalso & Pöyhiä, 2007, 219).

Kipua ja ikääntymistä pidetään helposti yhteenkuuluvana asiana. Iäkkäät hyväksyvät usein kivun osana heidän arkipäiväänsä (Tilvis 2004, 223; Pesonen 2011, 156). Monet pitkäaikaiselle kivulle altistavat tekijät lisääntyvät ikääntymisen myötä. Kipu heikentää elämänlaatua aiheuttamalla masennusta ja huonontamalla toimintakykyä. Se voi laukaista jopa sekavuustilan ja johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen. Hoitohenkilökunnan asenteet ovat merkittävä tekijä kiputilojen diagnosoimisessa ja hoitamisessa. Iäkkäiden kipuun tulee suhtautua asianmukaisesti ja vakavasti. Erityisesti on huomioitava asiakkaat, joiden kyky ilmaista kipua on heikentynyt. (Tilvis 2004, 223.) Iäkkäiden kivun hoitamiseen ei ole olemassa optimaalista hoitovaihtoehtoa. Kulmakivi hyvään ja tehokkaaseen kivunhoitoon on riittävä käytetty aika kivun arvioinnissa ja yksilöllinen hoidon räätälöinti. (Pitkälä & Nikkanen-Ilvesmäki 2010.) Tavoitteena kivunhoidossa on tehokas kivunlievitys mahdollisimman vähäisillä sivuvaikutuksilla (Pesonen 2011).

Tämä opinnäytetyö on laadullinen toimintatutkimus. Toiminnallisen opinnäytetyön ideana on ammatillisen kentän toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjeistäminen tai järjestäminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan luoda ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus. Tutkimuksellinen selvitystyö toimii osana idean tai tuotteen toteuttamista (Vilkkä & Airaksinen, 2003, 9.) Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata Järvenpäässä sijaitsevan Kivipuiston palvelutalon hoitohenkilökunnan osaamista kivun arvioinnissa ja hoitamisessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa palvelutalolle iäkkään kivunhoidon ja arvioinnin opas saatujen tutkimustulosten pohjalta. Kivipuisto luokitellaan tehostetuksi palvelutaloksi, jossa tarjotaan ympärivuorokautista vaativan tason

palveluasumista. Suurin osa talon asukkaista on iäkkäitä. Tässä työssä iäkkääksi määritellään yli 65 vuotta täyttänyt henkilö.

## 2 Iäkkään kipu

Krooninen eli pitkäaikainen kipu on merkittävä oire monilla laitoksessa asuvista iäkkäistä. Eri tutkimusten mukaan jopa 60-85% heistä kärsii pitkäaikaisista kivuista. Noin joka neljännen on arvioitu kärsivän päivittäisistä kivuista ja joka kuudennella kivut ovat keskivaikeita. Iäkkäät kärsivät pitkäaikaisista kivuista ikääntymiseen liittyvien perussairauksien vuoksi yleisemmin, kuin keski-ikäiset (Pesonen 2011). Kivut voivat johtua yhdestä tai useammasta kroonisesta sairaudesta. Kivun taustalla voi olla mm. nivelrikko, osteoporoosi, masennus, alaraajojen verenkiertohäiriö, sydämen vajaatoiminta, syöpä tai jokin akuutti sairaus. (Finne-Soveri 2006, 10.) Myös erilaiset hoitotoimenpiteet, kuten suihkuun vieminen, haavanhoito tai asennon vaihtaminen saattavat aiheuttaa kipua. (Palviainen, Kankkunen & Suominen 2005, 32).

Useiden eri tutkimusten mukaan on pystytty osoittamaan, että iäkkäiden kivun hoito on puutteellista ja riittämätöntä. (Kivelä & Räihä 2007, 74). Kansainvälisten tutkimusten perusteella on todettu, että kaikkein iäkkäimpien, naisten, vähemmistöjen, dementiaa sairastavien ja laitoksissa asuvien iäkkäiden kivun hoitaminen on puutteellisemmin hoidettua, kuin muilla väestöryhmillä. Syöpää sairastavista iäkkäistä jopa 60-80%:lla kivut ovat puutteellisesti lievitettyjä. Kivun puutteelliseen hoitamiseen on olemassa useita syitä. Kivun alihoitaminen voi johtua hoitohenkilökunnasta tai iäkkäiden omista valinnoista. Merkittävä tekijä kivun alihoitamiseen voi olla tietojen riittämättömyys. (Niemi-Murola, Kalso & Pöyhiä, 2007, 219). Hoitohenkilökunta, sekä iäkkäät itse ajattelevat herkästi kivun ja ikääntymiseen kuuluvan yhteen. Myös kivun hoitomahdollisuuksia saatetaan vähätellä. Kivun selvittäminen ja hoidon suunnitteleminen on haastavaa. Iäkkäiden voi olla vaikeaa kertoa kivuista ja kuvailla niiden luonnetta, tai tuoda esille hoidossa esiintyviä ongelmia. Iäkäs ja lääkäri saattavat käsittää erilaiset käsitteet, kuten ”kipu” tai ”särky” eri tavalla. Tiettyä termiä käytettäessä saattaa iäkkään vaivoja jäädä huomioimatta. Myös pelko mahdollisista sairauksista, lääkkeistä ja lääkkeiden sivuvaikutuksista saattaa heikentää iäkkään halukkuutta kertoa kivuistaan. Monilla iäkkäillä voi olla virheellisiä käsityksiä kipulääkkeisiin liittyen. Monet saattavat kuvitella, että lievään kipuun otettu lääke, ei tehoa enää kovemman kivun hoidossa. (Pitkälä 2006, 5.)

Erilaisilla kokeilla, sekä lämpöärsykeillä on pyritty osoittamaan iäkkäiden kivuntunnon muutoksia ristiriitaisin tuloksin. Tutkimuksin on osoitettu perifeerisen kipukynnyksen nousevan ja kiputoleranssin heikkenevän iän myötä. Näistä ei ole voitu tehdä yksiselitteisiä johtopäätöksiä. Muutokset ovat olleet enemmänkin vähäisiä ja yksilöstä riippuvaisia. Kliinisen

hoitotyön näkökulmasta ei voida ajatella iäkkäiden reagoivan herkemmin kipuun. (Sauvola 2004; Tilvis 2004, 223–224.) Iäkkäiden kipua koskevia tutkimuksia on tehty runsaasti, mutta suurin osa niistä on ollut havainnoivia tai kokeellisia. Satunnaisia kontrolloituja tutkimuksia kipulääkkeen ja lumelääkkeen vaikutuksen vertailusta on tehty hyvin vähän. (Kivelä & Rähä 2007, 74.)

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun seuraavasti: ”Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaan, tai jota kuvataan kudosaan käsittein”. Määritelmä kattaa akuutin ja kroonisen kivun, sekä kaikki kivun tyypit. Kipu on fysiologinen ilmiö, sekä tunne- ja aistikokemus. Kipu on aina henkilökohtainen ja kivun voimakkuus koetaan yksilöllisesti. Yksilön kivuntuntemukseen vaikuttavat monet tekijät. Näitä ovat mm. perimä, ikä, sukupuoli, kehitysvaihe, persoonallisuus, tunteet, ymmärrys, motivaatio ja toiveet. Myös aikaisemmat kokemukset kivusta, sairauksista ja terveyspalvelujärjestelmästä saattavat vaikuttaa kiputuntemukseen. Yksilölliset ominaisuudet vaikuttavat henkilön kipukynnykseen ja kivunsietokykyyn. Ne tekevät kivuntunnistamisesta ja hoitamisesta vaativaa, edellyttäen monenlaista tieto-taitoa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7).

### *Akuutti kipu*

Kipu luokitellaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutin ja kroonisen kivun merkitys, mekanismit ja hoitokeinot ovat erilaisia (kuvio 1). Akuutti kipu on lyhytaikaista. Taustalla on yleensä selkeä syy ja kivun aiheutuminen johtuu usein elimellisestä tekijästä. Kipu voi johtua äkillisestä kudosaan, lääketieteellisestä toimenpiteestä tai leikkauksesta. Kipu helpottuu, kun perussy sadaan hoidettua. Tämä kiputila on tarpeellinen ja tarkoituksenmukainen hälytysmerkki fyysisestä sairaudesta tai elimistöä uhkaavasta vauriosta. (Estlander 2003, 16–17.) Akuuttia kipua voidaan hoitaa tehokkaasti. Tavoitteena on lievittää kipua ja ehkäistä kivun haitallisia vaikutuksia elimistössä. Hoitamaton, voimakas akuutti kipu saattaa pitkittää kipua. Kivun kroonistumista tulee pyrkiä ennaltaehkäisemään. Ennaltaehkäisyssä keskeistä on tehokas kivunhoito. (Salanterä ym. 2006, 147.)

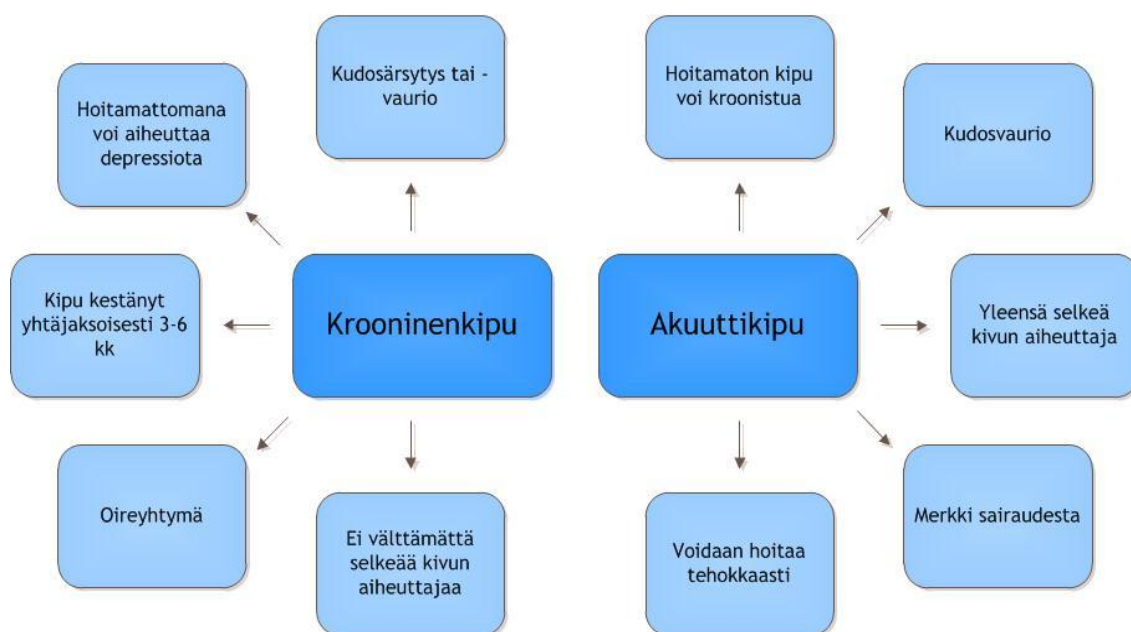
Akuutti kipu ei aina lieviy tavanomaisin keinoin. Tällöin tulee arvioida kivun luonnetta, mekanismeja ja käytettyjä hoitomenetelmiä. Lisäksi on hyvä arvioida ovatko henkilön omat käsitykset, uskomukset ja käyttäytyminen mahdollisesti ylläpitämässä kipukokemusta. Kivunhoidon vasteeseen vaikuttavat hoitoympäristö, hoitajien asenteet, sekä vuorovaikutuksen onnistuminen. Toinen keskeinen tekijä ennaltaehkäisyssä on altistavien lääketieteellisten ja psykososiaalisten tekijöiden tunnistaminen. Lääketieteellisiä



riskitekijöitä ovat aikaisemmat pitkäaikaiset kiputilat ja hermovauriot. Psykososiaaliset riskitekijät voivat olla kognitiivisia, tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyviä. Hoidossa voidaan käyttää lääkkeitä, fysikaalisia hoitomenetelmiä, sekä itsehoitoa. Myös vuorovaikutukseen perustuvia menetelmiä voi kokeilla, kuten rentoutusta ja mielikuvaharjoittelua. (Salanterä ym. 2006, 147–148.)

### *Krooninen kipu*

Krooninen kipu on pitkäaikaista. Kipua pidetään kroonisena, kun se jatkuu kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen tai on jatkunut yhtäjaksoisesti 3-6 kk. Taustalla yleensä on kudosaarsytys tai -vaurio. Krooninen kipu ei usein ole vakavan vaurion tai sairauden oire, vaan siitä on tullut oireyhtymä. Pitkäaikainen kipu rajoittaa ja passivoi. Siihen voi liittyä elämänhalun heikkenemistä, toivottomuuden ja masennuksen tunteita. Kivusta ja seuraamuksista voi muodostua vaikea ja ongelmallinen noidankehä, jossa kivun seuraukset ylläpitävät kipuongelmaa. (Estlander 2003, 17–18.)



Kuvio 1: Akuutti ja krooninen kipu (Mukaillen: Estlander 2003, 17–18 & Salanterä 2006, 36)

### *Kudosvauriokipu*

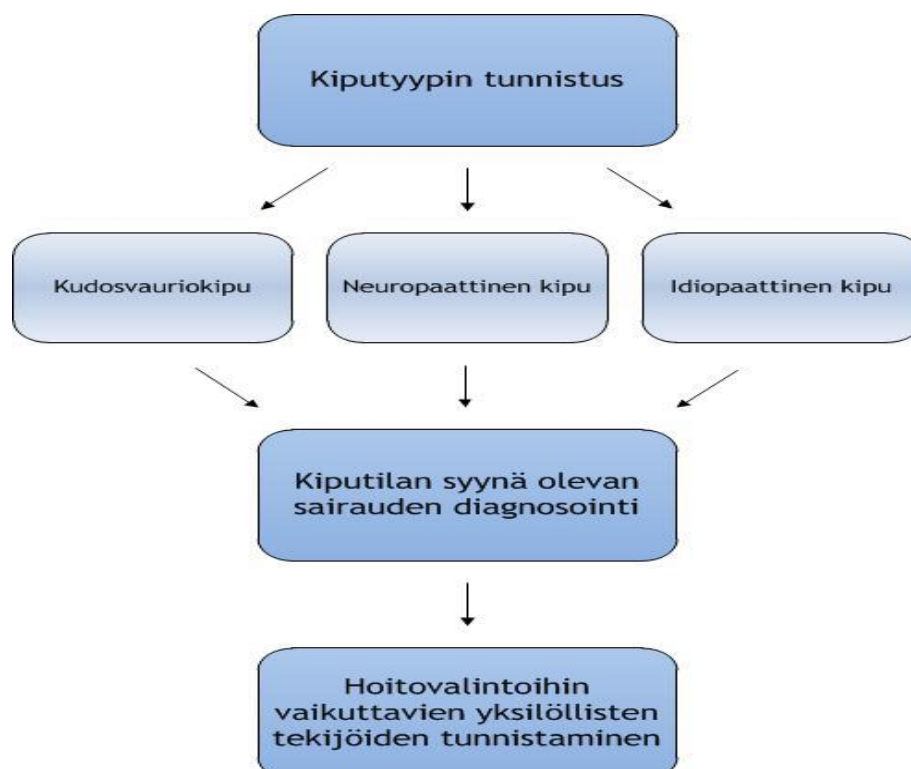
Kudosvauriokipu (nosiseptiivinen kipu) liittyy jatkuvaan kudosaaurioon. Kudosvauriokipua on tyypillisesti reumassa ja niveltulehduksissa, jossa jatkuva tulehdus on kivun aiheuttajana. (Suomen Kipu Ry). Nosiseptiivinen kipu voidaan jaotella somaattiseen hermojärjestelmän välittämään vaurioon tai viskeraaliseen eli sisäelimestä peräisin oleva kipuun. Viskeraaliseen kipuun liittyy usein autonomisia elintoimintojen muutoksia. (Salanterä ym. 2006, 36.)

### *Hermovauriokipu*

Hermovauriokivussa (neuropaattinen kipu) kipualue on terve, mutta vika on kipuviestä kuljettavassa järjestelmässä (Suomen Kipu Ry). Kipu aiheutuu kudonsvauriosta, joka on kohdistunut hermostoon. Hermovauriossa vika korjaantuu hitaasti ja epätäydellisesti. Toisinaan hermovaurio jää pysyväksi. Seurauksena voi olla muutoksia perifeerisessä hermoissa ja keskushermostossa, jotka johtavat pitkäaikaisiin muutoksiin. Vaurion aiheuttajana voi olla jokin vamma tai sairaus esim. diabetes tai kaula-hartiaseudun hermopunoksen revähdykset. Vaurion seurauksena normaali sähköinen aktiviteetti kyseisten hermojen hermottamalta alueelta vähenee. Tuntoaistimuksia vastaanottavat hermosolut reagoivat niin, että niissä tapahtuu vähitellen toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia. Ne voivat johtaa kiputilan syntymiseen. Esimerkkinä ovat amputaatioiden jälkeiset aavesäryt. (Salanterä ym. 2006, 36.) Neuropaattinen kipu on yleistä iäkkäillä. Neuropaattista kipua on vaikea hoitaa ja sillä on taipumus kroonistua herkästi. (Kivelä & Rähä 2007, 74.)

### *Idiopaattinenkipu*

Mekanismeiltaan tuntemattomassa kivussa (idiopaattinen kipu) ei havaita kipualueella merkkejä kudonsvauriosta, eikä hermovauriosta. Lääketieteellisten tutkimusten, kuvausten ja laboratoriokokeiden mukaan ihminen voi olla kaikin puolin terve, mutta kipu ei lieviy. (Suomen Kipu Ry.) Tämänlaisissa kiputiloissa erityisesti psyykkisten tekijöiden osuus on otettava huomioon. Kipu ja masennus liittyvät usein yhteen, mutta henkilöllä ei välttämättä esiinny poikkeavia psyykkisiä löydöksiä. Syy-seuraussuhteita on vaikea varmentaa, sillä pitkään jatkuva krooninen kipu voi altistaa depressiolle. (Salanterä ym. 2006, 37.) Masennusta voidaan ajatella kroonisen kipukokemuksen tunteellisena osatekijänä (Suomen kipu Ry). Tavallisin kivun ja masennuksen kytkentä on, että masennus on kipusairauden seurausta. Masentuneisuus ilmenee useimmiten silloin, kun kipu muuttuu krooniseksi ja tuottaa vaikeuksia elämän eri alueilla. Masennus voi huonontaa kroonisen kivun ennustetta. Myös kuntoutuminen voi hidastua, sillä kuntoutukseen tarvitaan aktiivista osallistumista. (Granström 2009, 114–115.) Ahdistus ja masennus hoidetaan aina, riippumatta siitä, ovatko ne kivun aiheuttajia vai seurauksia kivusta (Finne-Soveri 2005, 12). Kuviossa 2 kuvataan kipupotilaan tutkiminen. Ensimmäisenä on tärkeää tunnistaa kiputyypin, joka edesauttaa diagnoosin löytämistä. Diagnoosi vaikuttaa hoitomuodon valintaan ratkaisevasti.



Kuvio 2: Kipupotilaan tutkiminen (Mukaillen: Duodecim)

Jyväskylän yliopiston gerontologisessa tutkimuskeskuksessa tehtiin tutkimus, jossa havaittiin kivun ja tasapainon välinen yhteys. Tutkimuksessa todettiin, että iäkkäiden henkilöiden kokema kipu on suorassa yhteydessä heikentyneeseen tasapainon hallintaan. Kohtalaisen voimakkaasta tuki- ja liikuntaelinkivuista kärsineiden tasapainon todettiin olevan huonompaa kuin kivuttomilla henkilöillä. Tasapainon hallintaan vaaditaan keskushermoston, hermo- lihasjärjestelmän, useiden aistikanavien, sekä tuki- ja liikuntaelimestön yhteistyötä. Pitkittynyt kipu saattaa vaikuttaa näiden järjestelmien toimintaan heikentävästi. Kivun ja huonontuneen tasapainon yhteys voi selittää sairauksien, lääkkeiden sivuvaikutusten, liikkumisen välttämisen ja niistä aiheutuvaa heikentymistä. (Lihavainen 2011.)

## 2.1 Kivun arviointi

Kivun mittaaminen ja hoitaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Se on jokaisen ihmisen perusoikeus ja kuuluu osana korkeatasoiseen iäkkäiden terveyden- ja sairaanhoitoon. Kivun arviointi ja mittaaminen on yleistynyt vasta viime vuosina. Kivun arvioinnin tulisi kuulua yhtä rutiininomaisesti päivittäishoitotyöhön kuten esim. pulssin, verenpaineen, hengityksen ja lämmön mittaaminen. Jokaisella ihmisellä on omanlainen käsitys siitä, minkälaista kipu on ja kuinka voimakkaalta se tuntuu. Tutkimusten mukaan ihminen on itse paras ja luotettavin kivun arvioija. Eri henkilöt kokevat kivun eri tavoin. Kipu voi olla erilaista eri henkilöillä ja erilaista samalla henkilöllä erilaisissa tilanteissa. Jokaisella ihmisellä on oikeus päättää

minkälaista kipua hän sietää. Kivunarvioinnin ja yksilön tuntemusten avulla kivunhoidolle asetetaan selkeät saavutettavat tavoitteet. Tavoitteissa tulee näkyä miten paljon ihminen kykenee sietämään kipua, suoriutuuko hän päivittäisistä tehtävistään, kykeneekö hän harrastamaan tai elämään laadukasta elämää. Kivun sietäminen käsittää kivun voimakkuuden ja keston eli kuinka paljon ihminen kestää kipua. Kivun arviointi ja hoito on kirjattava selkeästi asiakkaan hoitotietoihin riittävän, sekä asianmukaisen kivunhoidon toteutumiseksi. Merkintöjen riittävän informatiivisuuden vuoksi täytyy kivunarvioinnin apuna käyttää mittaria. (Tarkkila 2005, 30–31; Heinonen 2007.)

### 2.1.1 Kipumittarit

Yleisimmin hoitotyössä käytössä olevia kipumittareita ovat sanallinen asteikko, erilaiset kipuviivaimet, sekä kuvalliset mittarit. Iäkkäiden hoitoon ei ole olemassa yhtä oikeaa mittaria. Kivunarviointiin tulee valita asiakaskohtaisesti mittari, joka toimii yksilön kohdalla parhaiten. Kivun mittausta tulisi tapahtua aina samalla mittarilla mittausten vertailukelpoisuuden vuoksi. (Tarkkila 2005, 30–31.)

Erilaisia kipuviivaimia on olemassa monenlaisia. Kaikista näistä käytetään yhteisnimitystä VAS-mittarit (=Visual Analogue Scale). VAS-mittarit ovat varteenotettavia vaihtoehtoja kivunarvioinnissa. Perinteinen VAS-mittari (kuva 1) on todettu luotettavaksi kipumittariksi useiden tutkimusten perusteella. Se on 10 cm:n pituinen, mustalla viivalla varustettu mittari, jossa ei ole kuvia tai merkintöjä. Mittarissa toinen pää tarkoittaa kivutonta olotilaa ja toinen pää suurinta mahdollista henkilön tuntemaa kipua. Iäkkäillä VAS-mittarin on todettu toimivan huonosti tai ei lainkaan. Mittarin pienikoko lisää virheellisten mittausten riskiä erityisesti heikkonäköisillä. Myös oikean kipukohdan osoittaminen tai hahlon siirtäminen voi olla mahdotonta käsien vapinan tai koordinaatiohäiriöiden vuoksi. Muistisairauden vaikeutuessa tai näkökyvyn heikentyessä pienikokoisen mittarin epäluotettavuus kasvaa. Nämä asiat tulee ottaa huomioon mittaria valittaessa. (Pesonen 2011, 157; Tarkkila 2005, 31.)



Kuva 1: VAS-kipumittari (Terveyskirjasto 2007)

Toisenlainen versio VAS-mittarista on väriltään punainen nk. kipukiila (kuva 2). Se on todettu paremmaksi ja luotettavammaksi mittariksi erityisesti lievästi dementoituneiden ja huononäköisten iäkkäiden keskuudessa. Mittari on 50 cm pitkä punainen kipukolmio- tai kiila.

Mittarissa toinen pää tarkoittaa kivutonta olotilaa ja suurentuva punaisen osuus kivun määrän kasvamista. Asiakkaan osoittama kohta punaiselta alueelta luetaan kipukiilan takana olevasta senttimetriasteikosta. Kipukiilan haittana on sen suuri koko. Sen mukana kuljettaminen on mahdotonta, jolloin se ei aina heti ole helposti saatavilla. (Pesonen 2011, 157; Tarkkila 2005, 31; Heinonen 2007.)



Kuva 2: Kipukiila, Red Wedge Scale (RWS) (Terveyskirjasto 2007)

Yleisemmin käytetyissä numeraalisissa asteikoissa (NRS) kipua arvioidaan numeraalisesti joko 0-10, 0-100 tai 0-20. Monet iäkkäät ovat tottuneet kouluaikoina arviointiasteikkoon, joka on välillä 4-10. Tästä syystä asteikko välillä 0-10 (kuva 3) voi olla joillekin iäkkäille vaikeakäyttöinen. (Tarkkila 2005, 31.)

Numeraalinen asteikko										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Ei kipua										
10 = pahin mahdollinen, sietämätön, henkeä salpaava kipu										

Kuva 3: Numeraalinen asteikko (NRS) (PKSSK)

Visuaalisten ja numeraalisten kivunarviointimenetelmien lisäksi on olemassa nk. verbaalisia kipuasteikkoja eli VRS-asteikkoja (=Verbal Rating Scale). Tällaisella kivunarviointimenetelmällä henkilöltä voidaan suoraan kysyä, minkälainen ilmaisu kuvaa hänen kipuaan, kivun voimakkuutta ja laatua parhaiten. Asiakkaalta voidaan suoraan kysyä onko kipu lievää, kohtalaista, voimakasta vai sietämätöntä kipua (kuva 4). (Heinonen 2007.) Sanallisia mittareita on useanlaisia, kaksiporaisesta moniporaiseen asteikkoon. Yksinkertaisin ja suppein sanallinen mittari sisältää kaksi eri vaihtoehtoa ”on kipua” tai ”ei ole kipua”. Kuitenkin näin yksinkertaisella mittarilla on hankala selvittää esimerkiksi potilaan kipulääkkeen tehoa. Useampiportaiset mittarit ovat hieman kattavampia. Ne antavat selkeämmän kuvan potilaan kivun tasosta ja kivunhoidon tehosta. Sanallisten mittareiden vahvuutena on, ettei huono näkö tai edes sokeus estä niiden käyttöä. Vaikeasti dementoituneilla tai kommunikaatiokyvyttömillä henkilöillä sanallinen mittari ei toimi. Heidän kivunarviointi perustuu hoitohenkilökunnan tekemiin havaintoihin. (Tarkkila 2005, 30–31.)

Sanallinen asteikko				
Ei kipua	Lievä kipu	Kohtalainen kipu	Kova kipu	Sietämätön kipu

Kuva 4: Sanallinen asteikko (PKSSK)

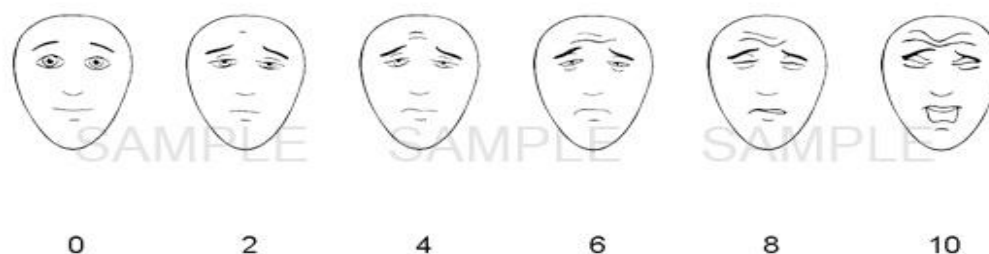
Muistisairaiden kivunarviointiin on kehitetty omia mittareita, jotka pohjautuvat kivun aiheuttamaan, käyttäytymisen muutoksen arviointiin. PAINAD-mittarilla (Pain Assessment in Advanced Dementia) (kuva 5) voidaan tehdä arviota viiden minuutin aikana hengityksen, kasvojen ilmeiden, kehonkielen ym. poikkeavuudesta asteikolla 0 (=normaali), 1= (lievästi poikkeava), 2 (=selvästi poikkeava). Viiden kategorian pisteet lasketaan yhteen, jolloin kivulle saadaan yksi arvo 0-10. (Terveyskirjasto) Kipukäyttäytymispisteytys voi olla luotettavampi kivunarviointitapa, kuin yksikään kipumittari. Pisteytys vie kuitenkin paljon aikaa ja voi olla mahdoton väline käyttää kiireisessä kliinisessä hoitotyössä. (Tarkkila 2005, 30.)

Muuttuja	0	1	2
<b>Hengitys</b>	Normaali	Hengitys on ajoittain vaivalloista. Lyhyt hyperventilaatio jakso	Hengitys on äänekästä ja vaivalloista. Pitkä hyperventilaatio jakso. Cheyne-Stokesin hengitystä
<b>Negatiivinen ääntely</b>	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikerointia ja voihkimista. Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikerointia tai voihkimista. Itkua
<b>Kasvojen ilmeet</b>	Hymyilevä tai ilmeeton	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
<b>Kehonkieli</b>	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä, rauhatonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
<b>Lohduttaminen</b>	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle ja tyynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei auta

Kuva 5: Painad-mittari (Terveysportti)

Lapsille alun perin suunnattu kasvoasteikko (kuva 6) on toiminut erinomaisesti iäkkäiden kroonisen kivun mittauksessa. Kasvoasteikkoa on käytetty yleisesti iäkkäiden hoidossa. Kasvoasteikon heikkoutena on keskimmäisten kasvojen ilmeiden samannäköisyys. Iäkkään voi olla haasteellista erottaa kasvokuvia toisistaan eri kipuastetta kuvaavien kasvojen välillä. Aikuisille suunnattu kasvoasteikko (kuva 6) on lapsille suunnattua pallopää-hymynaama mittaria parempi, sillä kyseisessä mittarissa kasvot ovat aikuismaisen soikeat. Aikuisille

suunnatussa kasvoasteikossa kivuton kasvo ei hymyile ja vastaavasti kivuliai kasvo itke. Kivuton olotila ja hymy, sekä päinvastoin kivulias olo ja itku, eivät kuulu välttämättä iäkkään mielestä yhteen, toisin kuin lapsilla. (Pesonen 2011, 157; Tarkkila 2005, 31.)



Kuva 6: Kasvoasteikko, Facial Pain Scale (FPS) (IASP=International Association for the study of a pain)

Pesosen (2011) kirjoittamassa väitöskirjassa tutkittiin kroonisen kivunvaikutuksia iäkkäiden toimintakykyyn ja neljän eri kivunarviointimenetelmän toimivuutta iäkkäillä henkilöillä. Tutkimuksessa mukana olleet henkilöt olivat eriasteisesta muistihäiriöstä kärsiviä pitkäaikaishoidossa, sekä kuntoutuksessa olevia henkilöitä. Sen lisäksi tutkimuksessa oli mukana muistitoiminnoltaan normaaleja iäkkäitä henkilöitä, joille oli tehty sydänkirurginen toimenpide.

Väitöskirjan tutkimuksen mukaan keskivaikeaa tai vaikeaa muistihäiriötä sairastavat (MMSE >17) ja kroonisesta kivusta kärsivät pitkäaikaishoidettavat, eivät kyenneet kovin luotettavasti käyttämään visuaalisia kivunmittausmenetelmiä (VAS, RWS, FSP). Parhaiten näiden ryhmien kohdalla toimi sanallinen kivunarviointi (VRS). Lievästi dementoituneen ja kognitioltaan normaalit iäkkäät kykenivät käyttämään hyvin kaikkia neljää kivunarviointimenetelmää kroonista kipua arvioitaessa. Väitöskirjassa todetaan, että VRS toimii hyvin kroonisen kivun mittauksessa pitkäaikaishoidossa. (Pesonen 2011.)

### 2.1.2 Iäkkään kivun arvioinnin haasteita

Iäkkäiden kivun arvioiminen on usein haasteellista. Iäkkäät eivät välttämättä uskalla ilmaista kipujaan kiireiselle hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunta usein kuvittelee pystyvänsä arvioimaan asiakkaan kipua luotettavasti. Ilman kipumittareita tehdyt kivunarviot ovat usein virheellisiä, eikä kivunarvioinnin luotettavuutta lisää pitkä työkokemus. Hoitajan kivun arvioinnin luotettavuutta voi lisätä pitkä hoitosuhde esimerkiksi omahoitajan ja asiakkaan välillä. (Tarkkila 2005, 30.)

Hoitohenkilökunnan asenteet saattavat olla esteenä kivun hoidon onnistumiselle (Heinonen, M. 2007). Laitoksessa asuvien iäkkäiden kykyjä ilmaista kipuja vähätellään. Erityisesti tämä ilmenee dementoituneiden kohdalla. Ferrel ym. (1995) pystyivät kuitenkin osoittamaan, että jopa viisi kuudesta, keskivaikean dementian asteen ohittaneesta henkilöstä, osasi käyttää vähintään yhtä, viidestä testatusta kipumittarista. Keskimäärin joka kolmas laitoksessa asuva, on kipumittareiden saavuttamattomissa kommunikaatiokyvyttömyytensä vuoksi. (Finne-Soveri & Noro 2005, 27.)

Kivun arviointi ja hoitaminen on erityisen haasteellista muistisairaiden ihmisten hoitotyössä. Dementoituneiden kyky ilmaista kipua on heikentynyt ja kipu saattaa esiintyä erilaisina epäspesifisinä oireina. Merkinä kivusta voi esiintyä vaikeasti tulkittavia oireita. Tällaisia voivat olla poikkeavat kasvojen ilmeet, ääntely, huuto, itku, epätarkoituksen mukainen liikkuminen, käytösoireet, ärtyneisyys, sekavuus, ruokahalun huonontuminen, tai toimintakyvyn lasku. (Kivelä & Räihä 2007, 74.) Mahdollisen kivun olemassaoloa joudutaan päättämään havainnoimalla nk. kipukäyttäytymisen perusteella. Dementoiviin sairauksiin liittyy usein kiihtyneisyyttä, masennusta ja unihäiriöitä. Kaikki nämä oireet liittyvät myös kipuun. (Finne-Soveri 2006, 10–11; Finne-Soveri & Noro 2005, 27–28.)

Sanallisen viestinnän heiketessä sanattoman viestinnän merkitys korostuu. Muistisairaudesta johtuvien käytösoireiden lisääntyessä kivun tulkitseminen vaikeutuu. Kipumittarit ovat hyvä apuväline käytösoireiden syiden erottelussa ja havainnoinnin tukemisessa. Mittareiden käyttö on suositeltavaa, koska ne helpottavat työskentelyä. Dementoituneiden henkilöiden kivusta on toistaiseksi hyvin niukasti tutkimuksia. Erityisesti puuttuvat tutkimukset, joissa kaikkein vaikeimmin dementoituneet henkilöt olisi otettu mukaan. Tämä johtuu kivun arviointiin ja tulkintaan liittyvistä haasteista. Tutkimusten perusteella dementoituneet henkilöt kykenevät vastaamaan melko hyvin pitkäaikaista kipua koskeviin kysymyksiin jopa vaikeaan dementian muotoon asti. Tilanne kuitenkin hankaloituu dementian edetessä ja lähimuistin heiketessä. (Finne-Soveri 2006, 10–11; Finne-Soveri & Noro 2005, 28.)

## 2.2 Kivun hoito

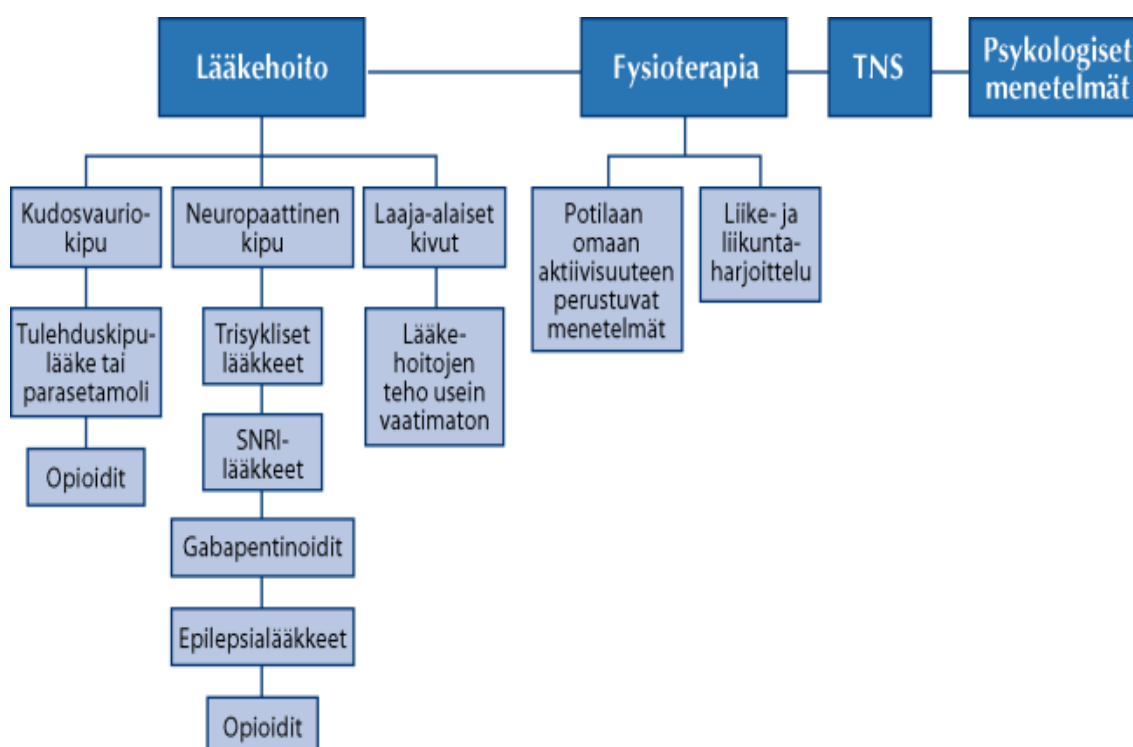
Kivun hoidon tavoitteena on kivun perussyyn hoitaminen. Tehokkaan kivunhoidon perustana ovat kipulääkkeet. Kivunhoidon vaikutusta voidaan tehostaa lääkkeettömillä hoitomenetelmillä (Kuva 7). Menetelmien teho perustuu osin hermostoon vaikuttamalla ja henkilön tunteeseen tulla huomatuksi ja hoivatuksi. Tämä lisää turvallisuuden tunnetta. (Honkanen 2009.) Lääkkeettömien hoitomenetelmien tehosta on olemassa vähän kontrolloituja tutkimuksia. Silti ne ovat suositeltavia hoitomuotoja iäkkäiden kivunhoidossa. Lääkkeettömät hoitomuodot ovat ensisijaisia vaihtoehtoja monien eri sairauksien hoidossa.



Niitä soveltamalla ehkäistään iäkkäillä esiintyviä yleisiä lääkehaittoja. Niiden käyttö on vähäistä, vaikka mm. hieronnalla, lämpöhoidolla ja fysioterapialla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia iäkkäiden kivunhoidossa. (Kivelä 2006, 73–76; Finne-Soveri 2006, 12.)

Kroonisen kivun hoito on pääsääntöisesti oireenmukaista hoitoa. Kivun syytä on yleensä yritetty poistaa muilla lääketieteellisillä keinoilla ilman tulosta. Lääkehoidon ohella käytetään muita hoitomenetelmiä, kuten akupunktiota, puudutushoitoja, fysikaalisia menetelmiä ja kivunhallintaryhmiä. (Iivanainen & Syväoja 2009, 475.) Tehokas kivunlievitys saadaan aikaan käyttämällä useampaa lääkettäöntä menetelmää yhtäaikaaisesti (Kankkunen 2010, 261–262). Lääkkeettömillä menetelmillä on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia iäkkäiden tuki- ja liikuntaelimestön kiputilojen hoidossa. Ne ovat usein halpoja hoitomuotoja. Siitä huolimatta niitä käytetään harvoin pitkäaikaishoidossa olevan iäkkään kivunhoidon tukena. (Kivelä 2006, 73.)

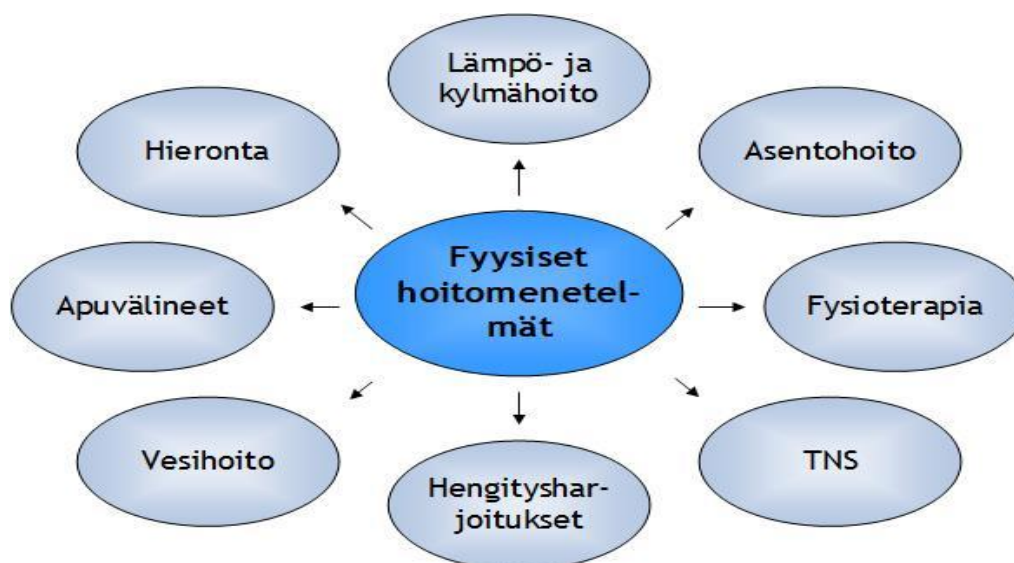
Iäkkäiden kivun alioitamisen ohella on varottava liiallista ja liian pitkäaikaista kivun hoitoa. Iäkkäillä on käytössä usein monia kipulääkkeitä, jotka on aloitettu eri kipuihin eri lääkärien toimesta. Hyvässä kivunhoidossa korostuu kivun hoidon riittävyys, mutta on varottava yllilääkitsemästä. (Honkanen 2009.)



Kuva 7: Kivun hoidon periaatteet (Duodecim 2011)

### 2.2.1 Kivun lääkkeetön hoito

Lääkkeettömät hoitomenetelmät luokitellaan kahteen ryhmään: fyysisiin ja kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin. Fyysisiä menetelmiä ovat hieronta, asentohoidot, lämpö- ja kylmähoidot, syvähengittäminen, sekä TNS (transkutaani hermojen stimulointi) (kuvio 3). Fyysiset menetelmät vaikuttavat lähinnä ihon kautta. (Kankkunen 2010, 261–262.)



Kuvio 3: Fyysiset hoitomenetelmät (Mukaillen: Kankkunen 2010, 261–262)

#### *Asentohoito*

Asentohoito on yksi tärkeimmistä hoitotyön kivunlievitysmenetelmistä. Menetelmällä pyritään saamaan mahdollisimman rento asento, jolla kipu lievittyy. Asentohoidolla estetään ihopainaumia, uhkaavat painehaavat, sekä ylläpidetään verenkiertoa. (Rauman kansanterveystyön kuntayhtymä, 2008, 15.) Myös nivelten virheasentoja ehkäistään asentohoidolla. Liikeharjoitukset yhdistettynä asentohoitoihin lisäävät toiminnallisuutta ja parantavat toimintakykyä. (Iivanainen & Syväoja 2009, 19.)

#### *Lämpöhoito*

Lämpöhoitomenetelmänä voidaan käyttää mm. pintalämpöhoitoa. Siinä käytetään lämpöä, joka ei ulotu syviin kudoksiin. Pintalämpömenetelminä käytetään lämpöpakkauksia, infrapunasäteilyä, parafiini-, parafango- ja savihoitoja. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 148.) Lämpö aiheuttaa paikallisen lämpötilan nousun, jolloin verenkierto vilkastuu. Tämän seurauksen aineenvaihdunta kiihtyy, pehmytosien jäykkyys alenee,

lihasjännitys laukeaa ja kipu vähenee. Vaikutus riippuu lämmön kestosta, pinta-alasta, sekä käytetystä lämpötilasta. (Vuento-Lammi 2005, 34.) Hoidon esteitä ovat valtimoverenkierron vajeus, hoitoalueen vauriot, vammat, tulehdukset, ihottumat, sekä ihon tuntopuutokset (Iivanainen & Syväoja 2009, 475.)

### *Kylmähoito*

Kylmähoidon vaikutukset perustuvat kudosten lämpötilan alenemiseen, joka johtaa yhdessä hermo-lihasjärjestelmän kautta lihasten rentoutumiseen. Kylmä vaikuttaa kipua lievittävästi. Se hidastaa hermoärsyksen johtumisnopeutta, aiheuttaen ihon tunnottomuutta. (Pohjolainen 2009, 238.) Kylmähoitoa annetaan ihon pinnalle, jonka vaikutukset ovat pitkäkestoisempia, kuin lämpöhoidossa. Kylmähoitoa toteutetaan tavallisimmin kylmäpakkauksilla, pyyhkeillä ja hieronnalla. Kipukohtaan voidaan hieroa kylmägeeliä tai laittaa jääpaloja kipualueelle. Yksivaihtoehto on upottaa raaja jäävesiastiaan. Kylmäkäsittely kestää yleensä 20-30 minuuttia. Hoito on edullinen, tehokas ja turvallinen hoitovaihtoehto. Kylmähoito sopii akuutin, sekä kroonisen kivunhoitoon. (Kettunen ym. 2009, 148-149.) Lääkäiden kylmä- ja lämpöhoidossa tulee huomioida ikään liittyvät ihon tunnon muutokset (Vuento-Lammi 2005, 35).

### *Hieronta*

Hieronnalla on kansan parissa pitkät perinteet, josta suurimmalla osalla on kokemusta ja hoitomyönteisyys on ollut hyvä. Hieronnan tärkeimpiä syitä ovat ihmisen antama kosketus ja hieronnan yhteydessä tapahtuva vaikutus. Hieronta on mekaaninen kivunhoitokeino, joka on pehmeiden kudosten järjestelmällistä käsittelyä. Kipualuetta voidaan käsien avulla sivellä, hangata, taputella, pusertaa, tärisyttää, ravistella ja venyttää. Hieronta lievittää kipua, parantaa verenkiertoa, rentouttaa jännittyneitä lihaksia ja vähentää stressiä. Erilaisia hierontatekniikoita ja -muotoja on runsaasti. Näitä ovat mm. akupainanta, lymfaterapia, vyöhyketerapia ja vesihieronta. (Kettunen ym. 2009, 148; Pohjolainen 2009, 239.)

### *Hengitysharjoitukset*

Hengitysharjoitukset rentouttavat lihaksia, sekä vähentävät stressiä ja kivun voimakkuutta. Rauhallinen syvähengittäminen lisää elimistön hapensaantia. Yhdistämällä syvähengitys musiikkiin ja lihasharjoituksiin saadaan vaikutuksesta tehokkaampaa. Asiakas voi itse tehdä hengitysharjoitukset hänelle sopivana ajankohtana, mutta aluksi tulisi ohjata oikea tekniikka. Hengitysharjoituksia voidaan tehdä useiden minuuttien aikana ja toistaa useita kertoja.

päivässä. Harjoitukset voidaan tehdä seisten, istuen tai maaten polvet koukussa. (Salanterä ym. 2006, 154.)

### *Fysioterapia*

Fysioterapiaohjelmien tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen, aktiivisilla ja toiminnallisilla menetelmillä. Harjoittelussa sovelletaan normaaleja fyysisen suorituskyvyn harjoittelun periaatteita. Siinä tulee ottaa huomioon asiakkaan sairauden tai vamman yksilölliset rajoitteet. Fysioterapeuttinen tarve perustuu yksilölliseen tutkimiseen ja toimintakyvyn, sekä ohjaajan kanssa sovittuihin tavoitteisiin. Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat ohjaustaidot, henkilön oma aktiivisuus ja sitoutuminen harjoitteluun. Terapeuttinen harjoittelu voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmässä. (Pohjolainen, 2009, 242; Suomenkipu Ry, 2010, 17.) Monet epäilevät tai pelkäävät fyysisen aktiivisuuden pahentavan kipua. Nämä uskomukset johtavat fyysisen rasituksen välttämiseen, mikä johtaa herkästi lihasvoiman ja yleiskunnon heikkenemiseen. Tutkimuksissa on todettu, että hoitohenkilökunnan omat käsitykset kivusta ja asenteet vaikuttavat hoidon ohjaukseen. Ohjauksessa tulee pyrkiä korostamaan ja kannustamaan sitä, mihin henkilö kykenee ja välttää vertailua aikaisempaan toimintakykyyn. (Salanterä ym. 2006, 159–162.)

### *Apuvälineet*

lääkkäille tarkoitetut apuvälineet helpottavat arjessa selviytymistä. Apuvälineiden avulla pyritään pitämään yllä toimintakykyä. (TherapiaFennica.) Fysioterapeutit ja toimintaterapeutit arvioivat ja valitsevat apuvälineet yksilöllisten tarpeiden mukaan, sekä ohjaavat niiden käytössä. Apuvälineitä ovat mm. WC pöntön koroke, rollaattori, nousutuet, erikoisjalkineet. Myös apuvälineitä henkilökunnan käyttöön on saatavilla esim. nostureita siirtoja helpottamaan. (Iivanainen ym. 2009, 422–423)

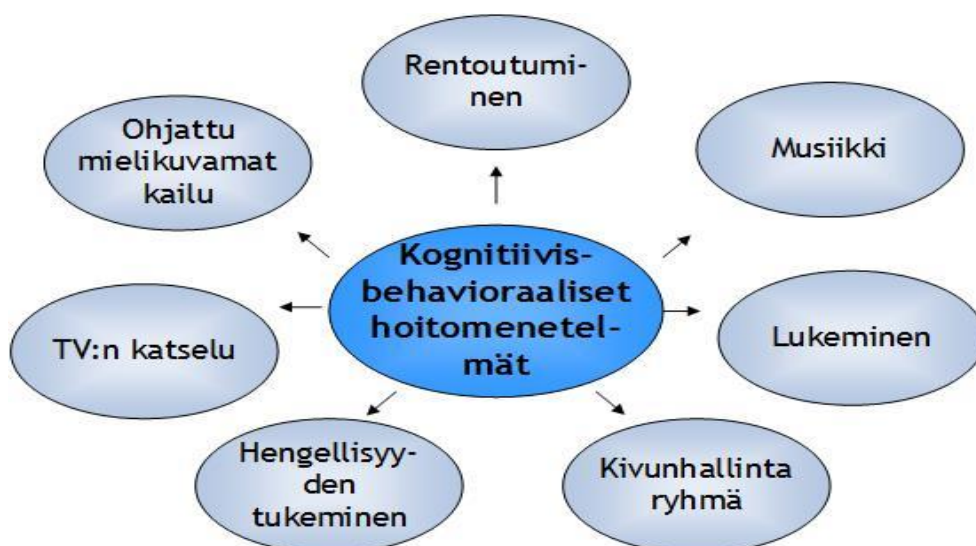
### *Vesihoidot*

Vesihoidot toimivat parhaiten allasterapiana. Sillä tarkoitetaan liikeharjoitusta voimistelun, vesikävelyn ja -juoksun, sekä uinnin muodossa. Veden nostetta voidaan käyttää keventävänä elementtinä. Veden nosteen avulla kivuliaalla nivelillä tai heikolla lihasvoimalla pystytään tekemään tiettyjä liikkeitä vedessä. Vettä voidaan käyttää vastuksena mm. raajan kuntoutuksessa. Altaassa tapahtuva vedenalainen juoksu on huomattavasti raskaampaa, kuin kuivalla maalla. Lämpimässä vesialtaassa harjoittelu ja kuntoutus onnistuu paremmin, kuin fysioterapiassa. Viileässä vedessä harjoitukset voidaan tehdä tehokkaasti, mikä vähentää kipua ja spastisuutta. (Pohjolainen 2009, 242.)

## TNS

TNS eli transkutaaninen sähköinen hermosimulaatio on ihon läpi annettava sähköinen simulaatio. Sähköisessä hermosimulaatiossa ärsytyskynnyksen reseptoreita tai niiden afferentteja hermosäikeitä ärsytetään sähköisesti. TNS-hoitolaite on pieni yksinkertainen sähkölaite, josta kehitetyt sykäykset johdetaan 2-4 ihoelektrodille. Vaikutus on tehokkain ihmisillä, joilla on terve hermosto. Sitä voidaan käyttää akuuttiin, kroonisiin, sekä leikkauksen jälkeisiin kipuihin. Elektrodit sijoitetaan kipualueelle tai kipupisteeseen. Hoitoajat vaihtelevat kivun mukaan 15-30 minuutista useaan tuntiin. Pitkäkestoisissa kiputiloissa laitetta voidaan käyttää kotona turvallisesti, jolloin henkilölle opetetaan sen käyttöä. TNS- hoitoa voidaan antaa pienillä ja suurilla taajuuksilla. Hoito tuottaa miellyttäviä tuntemuksia. Pienillä taajuuksilla saadaan aikaan lihassupisteluja ja väristyksiä, suurilla taajuuksilla voimakasta värinää. TNS-hoitoa ei tule antaa, jos henkilöllä on sydämentahdistin, iho vaurioita tai iho on puudutettu. (Kettunen ym. 2009, 150.)

Kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä ovat rentoutuminen, ohjattu mielikuvamatkailu, musiikki, tv:n katseleminen, lukeminen ja hengellisyyden tukeminen (kuvio 4). Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät muuntavat henkilön kokemusta kivusta ja lisäävät hänen kykyään selviytyä kivuista. (Kankkunen 2010, 261–262).



Kuvio 4: Kognitiivis-behavioraaliset hoitomenetelmät (Mukaillen: Kankkunen 2010, 261–262)

### *Rentoutuminen*

Rentoutumisella voidaan vaikuttaa kipuun liittyvän lihasjännityksen ja negatiivisten tunnereaktioiden vähentämiseen, nukahtamisen helpottamiseen ja kivunhallinnan tunteen parantamiseen. Rentoutuminen voidaan saavuttaa erilaisilla mielikuva- ja hengitysharjoituksilla, sekä lihasrentoutustekniikalla. (Elomaa & Estlander 2009, 248.)

Rentoutuminen on aktiivinen menetelmä, joka vaatii harjoittelua, uuden taidon oppimista ja soveltamista jokapäiväisessä elämässä. Se lisää itsehallintaa ja riippumattomuutta, parantaa elämänlaatua, itseluottamusta, sekä uskoa omiin kykyihin. Rentoutus soveltuu henkilöille, joiden kipuun liittyy emotionaalisia ongelmia. Ne ilmenevät toiminnallisina ja fysiologisina reaktioina mm. lihasjännityksenä ja hikoiluna. Reaktiot ovat tilannekohtaisia, joita laukaisevat ympäristö tekijät tai niihin liittyvät ajatukset. Rentoutuminen auttaa näiden tilanteiden hallintaa. Rentoutumista voidaan opetella ensin jännittämällä ja sitten rentouttamalla lihasryhmiä. Näin tunnistetaan jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen ero. (Salanterä ym. 2006, 154.)

### *Ohjattu mielikuvaharjoittelu*

Ohjattu mielikuvaharjoittelu (Liite 3) on mielikuvitusta hyödyntävä rentoutumiskeino. Tavoitteena on luoda asiakkaalle mahdollisuus kontrolloida tilannettaan oman mielikuvituksensa avulla. Menetelmä on hyvin yksinkertainen. Ohjaaja opastaa asiakasta ajattelemaan jotain itse valitsemaansa ja itselle miellyttävää toimintaa. (Salanterä ym. 2006, 152.)

Mielikuvaharjoitusta voi tehdä muissakin ongelman tutkimisessa, kuin kivunhallinnassa. Erilaisia ohjattuja mielikuvaharjoituksia on olemassa. Mielikuvaharjoituksen alussa tehdään muutama rentoutus- ja hengitysharjoitus. Rentoutuneena kohdistetaan ajatukset toisaalle ja luodaan mielikuvituksellinen miellyttävä paikka. Kivulle annetaan konkreettinen muoto. Mielikuvaharjoitus auttaa tutkimaan kivun sanattomia ja tiedostamattomia puolia, joka auttaa kivunhallinnassa. (Vainio 2009, 142–143.)

### *Kivunhallintaryhmä*

Kivunhallintaryhmää voi toteuttaa koulutuksen saanut terapeutti. Vaikka terapia toteutetaan ryhmässä, jokaisella on omat henkilökohtaiset tavoitteet. Ryhmät ovat tavallisesti pieniä ja ryhmäläisillä on yleensä samanlaisia kipukäyttäytymiseen liittyviä uskomuksia tai toimintamalleja. Painopiste on konkreettisissa tilanteissa, jossa ajatukset, tunteet ja käyttäytymisen yksityiskohtainen kuvaus on olennaista. Ryhmissä keskitytään sen hetkisiin

ongelmiin ja jäsenten vuorovaikutukseen. Menetelmänä käytetään luentoja, keskustelua ja erilaisia tehtäviä kipuun liittyen. Terapioihin kuuluvat välitehtävät ja harjoitukset, joiden avulla ylläpidetään motivaatiota ja asetettuja tavoitteita. (Salanterä ym. 2006, 157.)

### 2.2.2 Kivun lääkinällinen hoito

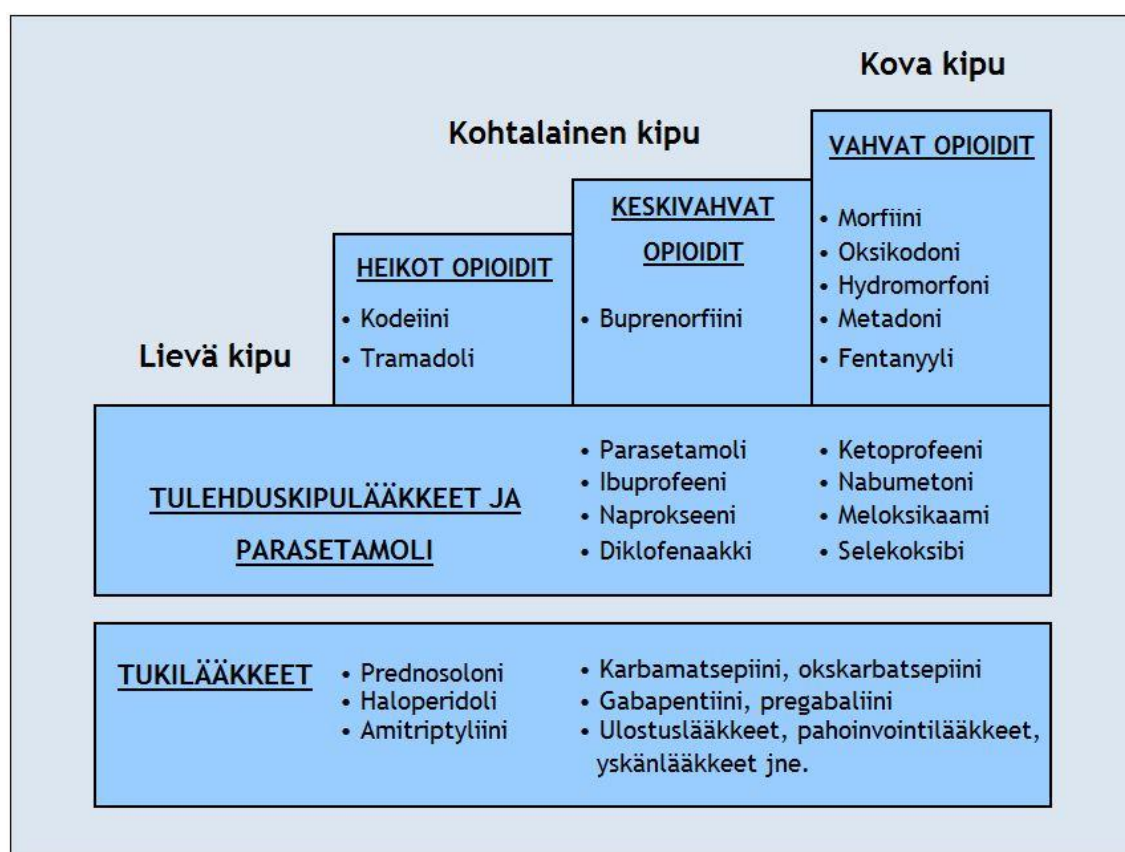
Ihmisen ikääntyessä elimistön toiminta muuttuu. Ikääntyminen vaikuttaa lääkeaineiden jakautumiseen, metaboliaan ja erittymiseen. Munuaisten toiminnan heiketessä, elimistön kyky suodattaa lääkkeitä heikkenee ja niiden erittyminen hidastuu. 75 vuotta täyttäneellä henkilöllä munuaisten kyky poistaa lääkkeitä on vähentynyt puolella nuoreen henkilöön verrattuna. (Kivelä & Räihä 2007, 6; Lääketietokeskus.) Kipulääkkeiden annostelu yli 75-vuotiaalla henkilöllä on haasteellista. Yksilölliset erot lääkkeiden farmakokinetiikassa- ja dynamiikassa voivat olla suuria (Pesonen 2011, 157.) Ikääntymisen myötä vesiliukoisten lääkkeiden pitoisuudet plasmassa ja rasvaliukoisten lääkkeiden pitoisuudet kudoksissa suurentuvat. Lääkeaineiden puoliintuminen pitenee. Myös iän myötä kertyneet perussairaudet muuttavat lääkkeiden reaktioita elimistössä. Elimistön ikääntymiseen liittyvät muutokset on otettava huomioon iäkkään lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Iäkkäiden lääkeannoksia on näistä syistä pienennettävä, jotta lääkeainetta ei kertyisi liiallisia määriä elimistöön. (Kivelä & Räihä 2007, 6; Lääketietokeskus.)

Kipulääke on lääkelaissa määritelty valmiste tai aine, joka lievittää, parantaa ja ehkäisee kipua. Kipulääkkeet voivat sisältää yhtä tai useampaa vaikuttavaa ainetta. (Salanterä 2006, 107.) Ne jaotellaan kahteen eri ryhmään: elimistön ääreisosiin ja keskushermostoon vaikuttaviin kipulääkkeisiin. Ääreisosiin vaikuttavat kipulääkkeet estävät kipuimpulssien syntymisen ääreishermoston kipurseptoreissa. Keskushermostoon vaikuttavat kipulääkkeet rauhoittavat kipuhermoratoja ja estävät kipuimpulssien pääsyn aivoihin. (Tokola 2010, 247.) Kivun hoidossa tärkeää on oikean kipulääkkeen valinta, riittävän suuri kerta-annos ja usein toistuvat kerta-annokset. Kipu saattaa aiheuttaa rauhattomuutta, joka voidaan hoitaa kipulääkkeellä, ilman rauhoittavia. (Iivanainen 2009, 473.)

Iäkkäiden kipulääkeannostuksen tulee olla puolet nuorten ja keski-ikäisten normaalista aloitusannoksesta. Kipulääkkeiden yhteisvaikutukset muun lääkityksen kanssa minimoidaan. Lääkehoidon hyvä toteutuminen turvataan tarjoamalla riittävästi tietoa iäkkäälle ja hänen läheisilleen. Lääkehoidon seuraaminen on hoidon onnistumisen kannalta välttämätöntä. Seurannan avulla voidaan varmistaa lääkkeen teho ja minimoida mahdolliset haitat. Moninaisesta hoitoketjusta huolimatta, olisi tärkeää, että yksi lääkäri vastaisi iäkkään kokonaishoidosta. (Kivelä & Räihä 2007, 81.)

Asianmukaisen kipulääkityksen aloittaminen riittävän aikaisessa vaiheessa ehkäisee kivun kroonistumista. Porrastetussa lääkehoidossa (Taulukko 1) peruslääkkeenä on ensisijaisesti paracetamoli tai tulehduskipulääke. Tarvittaessa niihin voidaan liittää vahvempi kipulääke, esimerkiksi mieto opioidi ja seuraavassa vaiheessa vahvempi opioidi. Annosta suurennetaan asteittain, kunnes riittävä vaste on saavutettu. Kipulääke tulee vaihtaa, jos saatu hyöty on olematon ja sivuvaikutukset huomattavia. Lääkkeen koostumus voi olla iäkkäällä laitosasukkaalla valinnassa merkittävä tekijä. Kyky niellä, on heikentynyt joka kuudennella laitosasukkaalla (Finne-Soveri 2006, 12.) Kipulääke annetaan ensisijaisesti suun tai ihon kautta. Parenteraaliseen lääkitykseen turvaudutaan vasta sitten, jos muu antotapa ei onnistu. Kroonista kipua pyritään hoitamaan pitkävaikutteisilla lääkkeillä. (Kivelä & Räihä 2007, 80.)

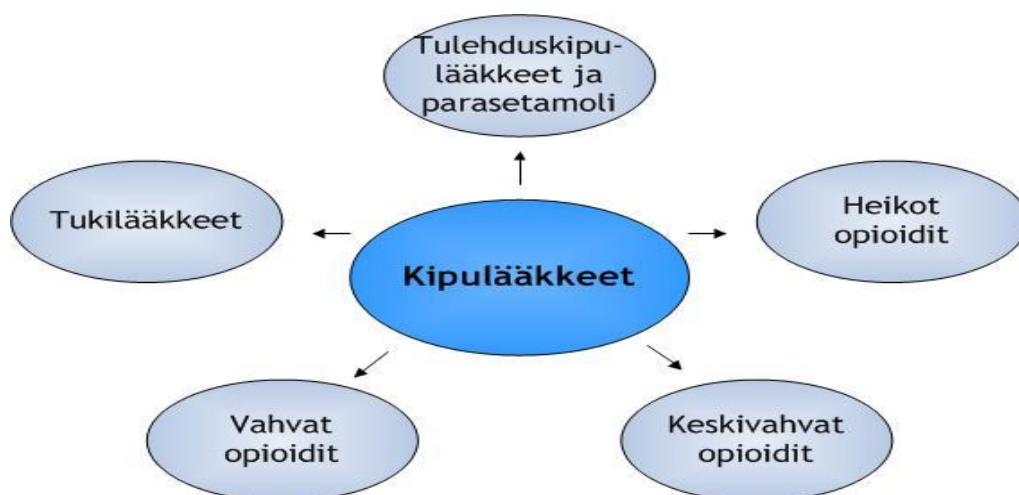
Taulukko 1: Porrastettu kivun hoito (Terveyskirjasto)



Noin 50% ihmisistä suhtautuu myönteisesti lääkkeiden käyttöön. Iäkkäät arvostavat yleensä lääkäreitä ja heidän antamia ohjeita enemmän kuin työikäiset. Ongelmana usein iäkkäiden hoidossa on lääkityksen monimutkaisuus, kognition heikkeneminen tai ongelmat lääkkeiden käytössä. Lääkepurkkien avaaminen ja tablettien puolittaminen voi olla iäkkäälle haasteellista. Lääkkeiden käyttöön voi liittyä voimakkaita moraalisia arvoja tai yllättäviä



henkilökohtaisia ajatuksia. Näiden johdosta lääkärin määräämiä lääkkeitä saatetaan välttää. Lääke tarkoittaa monille samaa, kuin sairas ja päinvastoin vähäinen lääke määrä terveyttä. Useat iäkkäät ihannoivat mahdollisimman vähäistä lääkitystä. Päivittäiset tilanteet kivun hoidossa ovat iäkkäille tilanteita, joissa he pääsevät itse vaikuttamaan, tarvitsevatko lääkettä vai ei. (Kivelä & Rähä 2007, 81.)



Kuvio 5: Kipulääkkeiden ryhmittely (Mukaillen: Terveyskirjasto)

#### *Tulehduskipulääkkeet*

Tulehduskipulääkkeet (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAID) ovat paljon käytetty kipulääkeryhmä. NSAID-lääkkeet ovat jaettu kuuteen eri ryhmään; asetyylisalisyylihappo, propionihappojohdokset, etikkahappojohdokset, oksikaamit, fenemaatit ja koksibit (PharmacaFennica I 2011, 215–221). Lääkkeitä on käsikauppatavarana, sekä reseptillä saatavana. Tulehduskipulääkkeillä on tulehdusreaktiota hillitsevä, kuumetta laskeva ja kipua lievittävä vaikutus. Ne estävät myös verihiutaleiden kasautumista. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 765.) Niitä käytetään yleisimmin tuki- ja liikuntaelinkipuihin, leikkausten jälkeisiin kipuihin, sekä päänsärkyyn. (Salanterä 2006, 110). Tulehduskipulääkkeet on tarkoitettu lieviin ja keskivaikeisiin kiputiloihin. Ne vaikuttavat hermopäätteissä (Vainio 2009, 89). Tulehduskipulääkkeiden vaikutus perustuu kykyyn estää prostanooidien (tulehdusreaktiossa välittäjäaine) toimintaa (Iivanainen 2010, 765). Tulehduskipulääkkeitä markkinoilla on useita. Valmisteita löytyy suunkautta otettavista, nopeasti ja hitaasti vaikuttaviin tabletteihin. Sen lisäksi on olemassa peräpuikkoja, mikstuuraa, lihakseen ja suoneen annosteltavia injektioneiteitä, sekä paikallisesti laitettavia geelejä ja voiteita. Suoneen ja lihakseen annostellut tulehduslääkkeet ovat yhtä haitallisia vatsanlimakalvolle, kuin suunkautta otetut. (Salanterä 2006, 110–111.) Koksibit kuuluvat uusimpiin tulehduskipulääkkeisiin. Ne eivät ärsytä vatsanlimakalvoja samankaltaisesti, kuten perinteiset tulehduskipulääkkeet (Iivanainen ym. 2009, 473). Pienikin annos esim. asetyylisalisyylihappoa

sydänlääkkeenä kumoaa ns. vatsaturvallisen vaikutuksen. Koksibeja ei saa antaa, mikäli henkilöllä on sydänsairauksia tai aivoverenkiertohäiriöitä. (Nurminen 2010,125.)

Kaikki tulehduskipulääkkeet ovat terapeuttisilta vaikutuksiltaan melko samankaltaisia. Annostukset, kemialliset rakenteet, vaikutusten kesto ja puoliintumisaajat eroavat toisistaan. (Iivanainen ym. 2010, 765.) Vatsanlimakalvon ärsytys, verenvuotaipumus, munuaisten toimintahäiriöt, sekä yliherkkyys ovat mahdollisia ja yksilöllisiä haittavaikutuksia. (Vainio 2009, 90). Sydämen- ja munuaistenvajaatoimintaa sairastavien tulee välttää tulehduskipulääkkeitä, sillä ne saattavat lisätä turvotuksia. Myös verenpainelääkkeitä käytettäessä on noudatettava varovaisuutta. Pitkä tulehduskipulääkkeiden käyttö heikentää verenpainelääkkeen tehoa ja johtaa verenpaineen nousuun. (Tokola 2010, 250.) Erityisesti iäkkäät ovat alttiita tulehduskipulääkkeiden haittavaikutuksille ja oireet saattavat heillä olla epätyypillisiä (Salanterä 2006, s.111–112). Etenkin tulehduskipulääkkeiden ja ACE:n estäjien samanaikaisen käytön, on todettu aiheuttavan munuaisten vajaatoimintaa. Tulehduskipulääkkeen samanaikainen käyttö varfariinin kanssa aiheuttaa huomattavan verenvuotovaaran. (Kivelä & Räihä 2007, 75.)

### *Parasetamoli*

Parasetamoli on kipu- ja kuumelääke, joka vaikuttaa keskushermoston kautta. Se ei ärsytä vatsanlimakalvoja tulehduskipulääkkeiden tavoin. Siitä puuttuu tulehdusta rauhoittava vaikutus. (Vainio 2009,90.) Paracetamolien käytönaiheet ovat samanlaisia kuin tulehduskipulääkkeillä. Markkinoilla valmistetta on saatavilla suunkautta otettavina tabletteina, poretabletteina, mikstuurana, peräpuikkoina ja suonensisäisenä injektionesteinä. Kivunhoidossa riittävän suuri annostus on tärkeää. (Salanterä 2006,115.) Käytössä tulee noudattaa tarkoin määrättyä annostusohjetta. Erityisesti iäkkäillä lääkkeen annostus on suhteutettava heidän painoonsa. Yleensä iäkkäät sietävät hyvin paracetamolialia, vaikka sen terapeuttinen leveys on kapea ja suuriin annoksiin liittyy vaikean maksavaurion vaara. Maksaan kohdistuvia haittavaikutuksia lisää runsas alkoholin käyttö. Sen käyttöön liittyy suurentunut riski maha-suolikanavan verenvuodolle annoksen ylittäessä 2g vuorokaudessa. (Nurminen 2010,128; Kivelä & Räihä 2007, 74–75.)

### *Opioidit*

Euforisoivat analgeetit eli opioidit vaikuttavat aivorungossa, keskiaivoissa ja selkäytimessä sijaitsevien opioidireseptoreiden kautta. Tulehdukset saattavat aktivoida perifeeriset opioidireseptorit. (Iivanainen ym. 2010, 766.) Opioidia käytetään vaikeissa akuuteissa ja kroonisissa kiputiloissa, sekä leikkausten jälkeisissä ja syövästä johtuvissa kivuissa. (Salanterä

2006,118). Haittavaikutuksina voi esiintyä hallusinaatioita, euforiaa, hengityslama, pahoinvointia, masennusta, oksentelua, sedaatiota, mioosia ja yskänrefleksin estymistä. Opioidit vaikuttavat suoraan tai keskushermoston kautta elimistön sileisiin lihaksiin. Ummetus on tästä syystä yleinen haitta opioideja käytettäessä. Hemodynamiikkaan opioidit vaikuttavat varsin vähän. Suuret annokset saattavat aiheuttaa matalaa verenpainetta tai pulssia. Syöttösoluista vapautuu histamiinia opioideja käytettäessä. Tämä saattaa aiheuttaa keuhkoputkien supistumista ja urtikariaa. (Iivanainen ym.2010, 766.)

Opioidit eivät ole ensisijaisia lääkkeitä kivunhoidossa. Niiden käytön tulee olla hyvin perusteltua. Käyttöä voidaan harkita, kun muilla kivunhoitomenetelmillä ei saavuteta toivottua kivunlievitystä. Opioideilla on vakiintunut paikkansa saattohoidossa. Ne lievittävät myös kudonsvaurioista ja hermovaurioista johtuvia kipuja. Sen lisäksi niitä käytetään kivunhoitona mm. nivelreumassa, nivelrikossa, diabeettisen neuropatian kivussa, aivohalvauksen jälkeisessä sentraalisessa neuropaattisessa kivussa, sekä aavesäryssä. Keskimäärin tällaisissa tapauksissa kipu on lievittynyt vähintään joka kolmannella henkilöllä. Tätä voidaan pitää merkittävänä kliinisenä vasteena kroonisen kivun hoidossa. (Tilvis 2006, 18.)

lääkällä opioidien annostus on noin puolet suositellusta aloitusannostuksesta. Annosta tulisi suurentaa asteittain, kunnes riittävä vaste on saavutettu tai lääkkeen haitat estävät suurentamasta annostusta. (Kivelä & Räihä 2007, 75.) Haittapuolena opioideilla on riippuvuuden kehittyminen. Psyykkisessä riippuvuudessa opioideja käytetään hyvinolontunteen saavuttamiseksi, ei niinkään kivunlievittämiseksi. Fyysinen riippuvuus kehittyy kaikille, jotka käyttävät opioideja pitkään suurella annoksella. Vieroitusoireet ilmaantuvat, jos lääkitys lopetetaan äkillisesti.(Vainio 2009, 91–92.) Pitkäaikainen opioidien käyttö tulisi lopettaa asteittain. Annosta voidaan alentaa esimerkiksi 20% viikossa (Salanterä 2006,124).

Opioidit jaotellaan kolmeen luokkaan: heikkoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin (Iivanainen ym. 2010, 766). Luokittelu perustuu lääkkeen tehoon morfiiniin verrattuna (Salanterä 2006, 120). Heikkoja opioideja ovat etyylimorfiini, kodeiini ja tramadoli. Kodeiniin verrattuna etyylimorfiinin vaikutus on hieman voimakkaampi. Etyylimorfiini vaikuttaa kipureseptoreissa, minkä ansiosta kipukynnys nousee ja lieventää kipuaistimusta. Etyylimorfiinia saa valmistena, jossa mukana on tulehduskipulääke. Ne tehostavat toistensa vaikutusta. (PharmacaFennicaIII 2011,1442–1443.) Kodeiniä käytetään yhdisteenä ibuprofeiniin tai parasetamolin kanssa. Saadusta kodeiinista metaboloituu morfiiniksi 10%. Histamiinia vapautuu morfiiniin verrattuna enemmän. (Iivanainen 2010, 767.) Voimakas ummetus on kodeiinin haittavaikutus, joka tulisi ottaa huomioon lääkkeettä määrättäessä.

Laksatiivit tulisi aloittaa heti hoidon alkaessa (Pitkälä 2006, 7). Tramadoli on synteettinen opioidi. Tramadolilla on masennuslääkkeiden kaltaisia vaikutuksia, jonka johdosta se soveltuu lieviin neuropaattisiin kiputiloihin. Tramadolia voidaan käyttää muiden opioidien kanssa yhdessä lisä- tai apulääkkeenä. (Iivanainen ym. 2010, 767) Tehon säilymiseksi annosta on suurennettava pitkäaikaisessa käytössä, koska ne aiheuttavat toleranssia. Ne voivat aiheuttaa jonkin asteista riippuvuutta, mutta iäkkäiden hoidossa vaaran uskotaan olevan pienempi, kuin yleensä. Opioidien käyttöön tulee olla selkeä käytönaihe ja hoidon vaikuttavuutta on tarkkaan seurattava. (Kivelä & Räihä 2007, 77.)

Keskivahvoihin opioideihin kuuluu buprenorfiini. Se on synteettinen opioidi, jota voidaan käyttää pienillä annoksilla. Buprenorfiinia saa kielenalustabletteina. Annoksen kasvaessa lääkkeen oma, sekä muiden opioidien vaikutus estyvät. Tämän vuoksi muita opioideja ei tule käyttää samanaikaisesti. (Iivanainen ym. 2010, 768.) Vahvojen opioidien ryhmään kuuluu morfiini, oksikodoni, hydromorfoli, metadoni ja fentanyl. Näillä saavutetaan tehokas kivunlievitys kivun syystä riippumatta. Vahvoja opioideja käytetään tyypillisimmin syöpäkipujen hoitoon. Niillä voidaan hoitaa lisäksi muita kroonisia kiputiloja, kun muulla kipulääkityksellä ei saavuteta toivottua hoitotulosta. Neuropaattisen kivun hoidossa vahvat opioidit ovat tehokkaita lääkkeitä. (Kivelä & Räihä 2007, 77.)

### *Tukilääkkeet*

Tukilääkkeinä kivunhoidossa käytetään kortisonivalmisteita, sekä masennus- ja epilepsialääkkeitä. Kortisonivalmisteita käytetään mm. reumasairauksissa ja sidekudossairauksissa oireiden lievittämiseen. Kortisoni vaikuttaa elimistön omaan puolustusmekanismiin hillitsemällä tulehdusoireita. Suurten annosten ja pitkäaikaisen käytön haittavaikutuksena saattaa ilmetä luuston haurastumista, ihon ohenemista, lihasheikkoutta, verenpaineen nousua ja verensokeritasapainon heittelyä. Kortisonivalmisteiden pitkäaikainen käyttö tulee lopettaa asteittain keskeytysoireyhtymän välttämiseksi. (Pharmaca Fennica 2011, 1401; Terveyskirjasto.)

Masennuslääkkeitä voidaan käyttää henkilöillä, joilla on pitkäaikaisia kiputiloja. Näitä ovat esimerkiksi kudovaurioista, hermovaurioista ja kipuoireyhtymistä johtuvat kivut. Masennuslääkkeiden aloitus kivunhoitoon tapahtuu pienillä annoksilla. Lääkkeen vastetta kipuun arvioidaan vasta muutaman viikon kuluttua lääkkeen aloituksesta. Haittavaikutuksena saattaa esiintyä suunkuivumista, ummetusta, virtsaamisvaikeutta ja sydämen tykyttelyä. Iäkkäämmät ovat herkkiä ortostaattiselle hypotensiolle. Lopetus tulisi tehdä asteittain lopetusoireiden välttämiseksi muutaman viikon ajan. (Salanterä 2006, 126–127.)

Epilepsialääkkeet ovat tarkoitettu neuropaattisen kivun hoitoon. Kivun lievitykseen käytettäviä epilepsialääkkeitä ovat gabapentiini, pregabaliini, karpamatsepiini ja okskarbatsepiini. (Salanterä 2006, 128–129). Epilepsialääkkeet vaikuttavat vaurioituneissa hermopäissä joissa ne vähentää hermoimpulssien syntyä (Vainio 2009, 97).

### 2.3 Lähihoitajan ja sairaanhoitajan kivunhoito ja lääkehoito-osaaminen

Kivunhoitoa ohjaavat lainsäädäntö, ammattiryhmien eettiset perusteet, sekä näyttöön perustuva tieto kivun hoidon vaikuttavuudesta. Kivun arviointi ja hoito ovat tärkeä osa laadukasta hoitoa. Kivunhoitotyö on tiimityötä. Hoitajalla on keskeinen asema kivun tunnistamisessa, arvioinnissa, hoidossa, sekä kivun hallinnan tukemisessa. Kokonaisvaltaiseen kivunhoitoon vaaditaan tietoa kivun mekanismeista ja etiologiasta. Sen lisäksi tarvitaan tietoa kivun ilmenemisestä, luotettavista arviointimenetelmistä, sekä tekijöistä, jotka edesauttavat tai estävät kivun hallintaa. Tärkeää on tunnistaa kivun aistimiseen ja sietoon vaikuttavia tekijöitä. Hoitaja tarvitsee hyviä vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaitoja, sillä asiakkaan ja hänen läheistensä ohjaus on keskeinen asia kivunhoitotyössä. Suomessa järjestetään erilaisia kivunhoitokoulutuksia, mutta mm. sairaanhoitajakoulutukseen liittyvät kivunhoitotyön osaamistavoitteet puuttuvat. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Lääkkeettömän ja lääkkeellisen kivunhoidon asianmukainen toteuttaminen vaatii eettisesti korkeatasoista iäkkäiden hoitoa, sekä riittävän työntekijämäärän. Hoitohenkilökunnan uupuminen ja puutteelliset tiedot kivunhoidosta johtavat hakemaan apua, ensisijaisesti lääkkeitä. Iäkkäiden kasvavat lääkemäärät johtavat haittavaikutuksiin, jolloin iäkkäiden väsymys, kaatuilu, muistamattomuus ja tasapainohäiriöt yleistyvät lisäten hoidon tarvetta. (Kivelä 2006, 70.) Kivun hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoitohenkilökunta huolehtii omasta osaamisestaan. Keskeistä on toimia yhteistyössä asiakkaan muuhun hoitotiimiin kuuluvien asiantuntijoiden ja tahojen kanssa. (Heinonen 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on asettanut osaamisvaatimuksia lähi- ja sairaanhoitajille koskien lääkehoidon osaamista valmistumisen jälkeen. Koulutusta järjestävien on noudatettava opetusministeriön johdolla laadittuja osaamiskuvauksia, vaikka ammattikorkeakoulut määrittävät omat opetussuunnitelmansa. Opetushallitus velvoittaa määräyksellään koulutuksesta vastaavia tahoja, noudattamaan lähihoitajatutkinnon opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteita. (STM 2006, 29–30.)

Opetushallitus on määritellyt lähihoitajaa koskevia ammattitaitovaatimuksia, joista yksi on kivunhoidon osaaminen. Näiden vaatimusten mukaan lähihoitajan tulee kyetä tarkkailemaan ja lievittämään kipua erilaisia menetelmiä apuna käyttäen. (Opetushallitus.) STM on

puolestaan asettanut lähihoitajalle lääkehoidon-osaamisvaatimuksia valmistumisen jälkeen. Osaamisvaatimuksiin kuuluu lääkehoidon toteuttaminen eri annostelureittejä käyttäen lääkärin ohjeiden mukaisesti, lääkkeiden jakaminen ja oikea annostelu. Lähihoitajan tulee osata seurata lääkkeiden vaikutuksia, yhteis- ja sivuvaikutuksia ja raportoida niistä eteenpäin. Lähihoitajan tehtävänä on neuvoa ja ohjata asiakasta lääkehoidossa, sekä seurata asiakkaan tilaa, oireita ja lääkehoidon vaikuttavuutta hoidon aikana ja sen jälkeen. (STM 2006, 29–30.)

STM:n asettamien osaamisvaatimusten mukaan sairaanhoitaja saa valmistumisen jälkeen toteuttaa lääkehoitoa eri annostelureittejä käyttäen lääkärin antamien määräysten mukaan. Sairaanhoitaja voi toteuttaa suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa, sekä suorittaa verensiirtoja. Sairaanhoitaja saa toteuttaa toimenpiteisiin liittyviä lääkevalmisteluja ja saattaa lääkkeitä käyttökuntoon valmistajan ja sairaala-apteekin kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin kuuluu asiakkaan tilan, oireiden, sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi hoidon aikana ja sen jälkeen. Valmistumisen jälkeen sairaanhoitajan tulee hallita lääkelaskut ja osallistua asiakkaan ohjaukseen, sekä itsehoidon tukemiseen lääkehoidossa. (STM 2006, 29–30.)

### 2.3.1 Kivipuiston lääkehoidon osaamisen vaatimukset

Kivipuiston monipalvelukeskus on asettanut omat tavoitteensa, sekä määrittänyt omat vaatimuksensa Kivipuistossa tehtävään lääkehoitotyöhön lääkehoidon suunnitelmassaan. Lääkäri on aina vastuussa asukkaan lääkityksen kokonaisuudesta ja lääkkeiden määräämisestä. Kivipuistossa käy kerran viikossa terveyskeskuslääkäri, joka on vastuussa talon asukkaiden lääkityksistä. Lääkärin tavoittaa tarvittaessa myös puhelimitse. Sairaanhoitajat ja lähihoitajat noudattavat lääkehoidossa lääkärin antamia määräyksiä ja vastaavat omasta toiminnastaan. Lääkäri ja hoitohenkilökunta ovat vastuussa yhdessä asukkaan hoidon tarpeen arvioinnista, lääkehoidon ohjauksesta, neuvonnasta ja vaikuttavuuden arvioinnista. Lääkärin on huomioitava lääkettä määrätessään työyksiköiden valmius toteuttaa lääkehoitoa. Esimerkiksi iv-lääkitystä ei Kivipuistossa voida antaa. (Kivipuiston lääkehoitosuunnitelma 2011,4.)

Kokonaisvastuu lääkehoidosta kuuluu palvelutalon sairaanhoitajille. Kokonaisvastuu koostuu asukkaiden lääkehoitoon kohdistuvista tehtävänjaoista ja työyksiköiden lääkehuollon toiminnan varmistamisesta. Lisäksi sairaanhoitajat vastaavat ja huolehtivat lääkehoidon neuvonnan, ohjauksen, sekä valvonnan toteutumisesta. Kivipuistossa noudatetaan Sosiaali- ja terveysviranomaisten antamia ohjeita lääkehoitoon liittyvissä lupakäytännöissä. Kivipuistossa lääkehoitoon koulutettu, laillistettu sairaanhoitaja saa peruskoulutuksen antamin valmiuksin: jakaa lääkkeitä dosettiin, antaa lääkkeitä dosetista, pistää injektiota lihakseen (i.m) ja ihon alle (s.c), antaa peräruiskeita, silmä- ja korvatippoja, sekä inhalaatioita ja lääkevoiteita.

Erityisellä talon lääkehoidosta vastaavan lääkärin antamalla luvalla, sairaanhoitaja saa pistää rokotteita ja hänelle voidaan antaa lupa toteuttaa kipupumppuhoitoa tarvittaessa. (Kivipuiston lääkehoitosuunnitelma 2011, 5.)

Lääkehoitoon koulutettu lähi- tai perushoitaja saa perustutkintoon pohjautuvien valmiuksien avulla lääkkeitä dosetista, pistää injektioita ihon alle (s.c), antaa peräruiskeita, inhalaatioita silmä- ja korvatippoja, sekä lääkevoiteita. Osaaminen varmistetaan näytöin. Näyttökokeet läpäistään lähi- tai perushoitaja saa myös luvan jakaa lääkkeitä dosettiin ja antaa injektioita lihakseen (i.m). Lähihoitajat vastaavat työvuoroissa asukkaiden asianmukaisen lääkehoidon toteutumisesta. Siihen kuuluu että oikeat lääkkeet ovat annettujen ohjeiden mukaisesti oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Lähihoitajat ovat vastuussa dosettien sisällön asianmukaisuudesta ja kaksoistarkistamisesta. (Kivipuiston lääkehoitosuunnitelma 2011, 4–5.)

## 2.4 Kivunhoidon kirjaaminen pitkäaikaishoidossa

Pitkäaikaishoidossa olevalla iäkkäällä ihmisellä on juridinen ja eettinen oikeus saada kipujensa lievittämiseen asianmukaista, sekä riittävää hoitoa. Terveystieteiden ammattilaisilla on puolestaan oikeudellinen velvollisuus toteuttaa kivun hoitoa, jota ohjaavat eettiset perusteet. Lähtökohdaksi kivun hoitamiseksi tulee asettaa yksilöllinen kivun arviointi, sekä hoitaminen ja tarkasti kirjattu hoitotyön suunnitelma. (Palviainen, Kankkunen & Suominen 2005, 34.) Hoitotyön kirjaamisen edellytyksenä on taata hoidon yksilöllinen suunnittelu, arviointi, toteutus ja hoidon jatkuvuus hoitoyksikössä, sekä koko palveluketjun sisällä. Hoitotyön kirjaamisella taataan asiakkaan hoitoa koskeva tiedonsaanti kaikille hänen hoitoonsa osallistuville ammattihenkilöille. Kirjaamisella on tärkeä merkitys asiakkaan ja ammattihenkilöstön oikeusturvan kannalta. Lisäksi hoidollisten asiakirjojen laatiminen, sekä päivittäisten havaintojen ja hoitotoimien kirjaaminen, on laissa säädetty ammattihenkilöiden velvollisuus. (Muurinen 2007, 40.) Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, kuntaliitto ja Kuopion yliopisto ovat laatineet ohjeistuksia kirjaamisesta. Kirjaamisen tulisi sisältää ydinasiat, jotka on kirjoitettu tarkasti ja täsmällisesti. Hoitotyön mallit hoidon tarpeen arvioinnista, diagnosoinnista, suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista, ohjaavat hoitotapahtumien kirjaamista. (Palviainen, Kankkunen & Suominen 2005, 34.)

Vanhustenkeskuksessa teetetyssä tutkimuksessa otettiin selvää, miten iäkkäiden kipua ja sen hoitoa oli kirjattu päivittäiseen seurantaan (N=84), sekä hoitosuunnitelmalomakkeisiin (N=83). Kirjaamisen perusteella hoitotyön tavoitteeksi oli asetettu mm. iäkkäiden kivuttomuus, sekä kipujen minimointi. Hoitajat arvioivat iäkkään kipua lähinnä käyttäytymisen ja sanallisen ilmaisun perusteella. Kirjaamismerkinnöistä käy ilmi, että iäkkäs ilmaisi kipua mm. liikehtimällä kivuliaan oloisesti, liikkumalla huonommin, pitämällä kiinni kipeästä kohdasta,

sekä kertomalla kivusta. Kivun arvioinnin apuna sen sijaan ei ollut käytetty kipumittareita, tai ainakaan niiden käytöstä ei ole kirjausta. Kirjaamismerkintöjen mukaan eniten iäkkäillä kipua esiintyi tuke- ja liikuntaelimissä, niskahartiaseudulla, suun alueella ja päässä. Myös päivittäisten hoitotoimien, kuten parranajon, suihkuun viennin ja haavanhoitojen yhteydessä, oli koettu kipua. Tutkimuksen tuloksen mukaan yleisin kivunhoitotapa oli lääkkeellinen kivunhoito. Ensisijaisena lääkkeenä oli käytetty paracetamolita. Tutkimuksessa olleiden kirjaamismerkintöjen mukaan lääkinnällistä hoitoa annettiin eniten yöllä klo 21.00-7.00 välisenä aikana, sen sijaan klo 7-21 välisenä aikana kivun lääkkeellistä hoitoa oli annettu vähemmän. Lääkkeettöminä hoitomuotoina oli käytetty asentoa, kylmäkääreitä, sekä fysioterapiaa. Kivunhoidon tehosta oli kirjattu mm. toteamalla, että kivun lääkkeellinen hoito voitaisiin lopettaa. Kivunhoidon tehoa ei kuitenkaan ollut kirjattu suunnitelmallisesti päivittäisen hoitotyön lomakkeisiin. (Palviainen, Kankkunen, & Suominen 2005, 32.)

Kirjaamisen avulla henkilön kokema kipu välittyy häntä hoitavalle taholle. Kirjaaminen on kulmakivi yksilöllisen ja laadukkaan kivunhoidon onnistumiselle. Pahlmanin (2002) mukaan, kivunhoidon perustana on, että ”kirjaamatonta kipua ei ole, eikä kirjaamatonta kipua ole hoidettu”. Kivunhoidon kirjaamisessa tärkeää on kirjata henkilön omat kokemukset ja hoitohenkilöstön tekemät havainnot kivusta. Kirjaamisessa tulisi näkyä kivunhoitokeino ja perustella miksi kyseinen hoitomuoto on valittu. Lisäksi tulisi kirjata kivunhoidon kesto ja käytetyn hoitomuodon vaikuttavuus. Lääkehoidon kirjaamisessa tulee tehdä merkinnät, käytetyistä lääkkeistä, käytönaiheesta ja määrästä. McCafferyn (1999) mukaan kivusta tulisi lisäksi kirjata henkilön tapa ilmaista kipua, käytössä oleva kipumittari, sekä epäonnistuneet hoitoyritykset, jolla vältetään turhien hoitokokeilujen kokeileminen jatkossa. (Ruuskanen 2006, 18.)

Kivunhoidon vaikuttavuuden kirjaamista tulisi tehostaa. Hoitosuunnitelmaan olisi hyvä kirjata iäkkään omat toiveet ja käsitykset kivunhoidosta. Iäkkään psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista tilaa tulisi arvioida ja siinä tapahtuvat muutokset olisi tärkeää kirjata niin hoitosuunnitelmaan, kuin päivittäisseurantalomakkeisiin. (Palviainen, Kankkunen, & Suominen 2005, 32.)

### 3 Tutkimuksen toteutus

#### 3.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusongelmat

Eri tutkimukset ovat osoittaneet iäkkäiden kivun hoidon olevan riittämätöntä (Pesonen, 2011). Opinnäytetyön aihe valikoitui yhteistyönä Kivipuiston palvelutalon yhteyshenkilön kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Opinnäytetyö päätettiin kohdistaa koko talon



hoitohenkilökunnalle. Aiheen valintaan vaikutti palvelutalon henkilökunnan, sekä opinnäytetyöntekijöiden kiinnostus aihetta kohtaan. Kivipuiston palvelutalon asukkaista suurin osa on iäkkäitä. Heillä on laajakirjo erilaisia sairauksia ja niistä johtuvia kiputiloja. Iäkkäiden kivun arviointi ja hoito on keskeinen osa talossa tehtävää hoitotyötä. Myös sairaanhoitajan ammatin, sekä hoitotyön kannalta opinnäytetyön aihe on keskeinen ja tärkeä. Kivun arvioinnin ja hoidon osaamista tarvitaan riippumatta siitä, missä toimipaikassa työskentelee.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata Kivipuiston palvelutalon hoitohenkilökunnan osaamista kivun arvioinnissa ja hoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa iäkkäiden kivunhoidon ja arvioinnin- opas Kivipuiston hoitohenkilökunnalle. Oppaan tavoitteena on toimia hoitotyön apuvälineenä iäkkäiden kivunhoidossa ja arvioinnissa. Myös uudet työntekijät ja opiskelijat voivat hyötyä siitä tulevaisuudessa. Kivunhoito-opas sisältää tietoa iäkkäiden kivun arvioinnista ja mittauksesta, sekä lääkkeettömistä ja lääkkeellisistä hoitotyön keinoista. Tavoitteena on luoda helppolukuinen, selkeä ja iäkkäiden hoitotyötä palveleva kivunhoito-opas.

#### Tutkimusongelmat / tutkimuskysymykset

1. Millaisia menetelmiä hoitajat käyttävät iäkkäiden kivunarvioinnissa?
2. Millaisilla hoitomenetelmillä/-keinoilla hoitajat hoitavat iäkkäiden kipua?

### 3.2 Tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytetään kvalitatiivista, eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on tutkia ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen ajatuksena on enneminkin tuoda ilmi uusia tosiasioita, kuin todistaa jo olemassa olevia väitteitä. Laadullisessa tutkimuksessa ihmiset toimivat parhaiten tiedon keruun lähteinä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157–160.) Tutkija pyrkii löytämään keräämästään aineistosta yhtäläisyyksiä, luo ehdotuksia käsitteistä ja päätty johdonmukaiseen käsitteen määrittelyyn (Janhonen & Nikkonen 2003, 15).

### 3.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kohdepaikaksi tähän opinnäytetyöhön valikoitui Järvenpäässä sijaitseva Kivipuiston monipalvelukeskus. Kivipuisto on palvelutalo, joka on perustettu vuonna 1990. Varsinainen palvelukeskus toiminta siellä aloitettiin vuonna 1993. Kivipuiston monipalvelukeskuksen

visiona on toimia asumis- ja tukipalvelujen kehittäjänä ja edelläkävijänä. Visioon sisältyy ajatus laajasti arvostetusta, luotettavasta, esteettömästä ja esteettisestä hyvän elämän keskuksesta. Kivipuiston tavoitteena on tuottaa laadukkaita asiakaslähtöisiä palveluita ja huolehtia, että henkilökunnan osaaminen on korkeatasoista, sekä laaja-alaista. Asukkaita talossa on 66, joiden keski-ikä vuonna 2011 oli 76,1 vuotta. Talon asukkaiden iän vaihteluväli on 38-99 ikävuoden välissä. Vuonna 2011 yli 65- vuotta täyttäneitä oli 62% kaikista asukkaista. Vakituksessa työsuhteessa Kivipuistossa työskentelee yhteensä 40 työntekijää, joista 32 ovat lähi- tai perushoitajia, 3 sairaanhoitajaa, toimintaterapeutti, toiminnanohjaaja, talousassistentti, johtaja sekä laitospäällikö. Kivipuiston palvelutalo koostuu yksioista ja kaksioista, sekä pienryhmäasumisesta. Kivipuistossa on neljä erilaista asumisyksikköä: palveluasumisen yksikkö, dementia-asumisyksikkö, mielenterveyskuntoutujien- sekä monisairaiden asukkaiden asumisyksikkö. Talossa tarjotaan ympärivuorokautista hoitoa. Hoito on jaoteltu kolmeen luokkaan asukkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen mukaan. Näitä ovat vaativa tehostettu palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, sekä tuettu palveluasuminen. Luokitukset perustuvat RAVA-indeksillä mitattuun yksilön toimintakykyyn. (Kivipuiston esittely 2011, Kivipuiston lääkehoitosuunnitelma 2011, 2.)

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat Kivipuiston palvelutalon hoitajat. Kohderyhmän tarkka määrittäminen on työn onnistumisen kannalta olennaista, sillä tuotteen, ohjeistuksen tai tapahtuman sisällön ratkaisee, kenelle idea on suunniteltu (Airaksinen & Vilkkä 2003, 40). Tutkimusaineiston kerääminen päätettiin toteuttaa teemahaastatteluilla, koska se vastaa hyvin laadullisen tutkimuksen lähtökohtia (Tuomi & Sarajärvi 2011, 203). Teemahaastattelu on välimuoto lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välillä. Haastattelumuodolle tyypillistä on, että aihepiirit eli teemat ovat etukäteen tiedossa olevia. Kysymysten muoto ja järjestys saattavat vaihdella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 203.) Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten asioille antamat tulkinnat ja merkitykset. Haastattelussa ei voi kysellä mitä tahansa, vaan siinä pyritään etsimään vastauksia tutkimuksen tarkoituksen, ongelman asetteluun tai tutkimustehtävän mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97; Tuomi & Sarajärvi 2011, 75.)

Vaikka tutkimuksen aihe on merkittävin vastaamisessa vaikuttava seikka, voidaan tarkalla kysymysten suunnittelulla edesauttaa tutkimuksen onnistumista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 193). Haastattelukysymykset (liite 4) laadittiin vastaamaan mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiä. Niitä ohjasivat teemat, joita muodostettiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Haastatteluissa kysyttiin teemojen pohjalta laadittuja kysymyksiä. Ne käsittelivät hoitajien tietoa kivun muodoista, kivun arvioinnista, kivun hoitamista lääkkeettömällä ja lääkkeellisillä menetelmillä, sekä kivun kirjaamisesta. Hoitajilta tiedusteltiin myös kokevatko he tarvetta iäkkäiden kivun hoidon oppaalle, sekä mahdolliselle kivunhoitokoulutukselle.

Vastatessaan myöntävästi, heitä pyydettiin vielä tarkentamaan mitä he toivoisivat kivunhoito-oppaan tai koulutuksen sisältävän. Kysymysten tavoitteena oli pyrkiä saamaan tutkimuskysymyksiin vastauksia. Sen lisäksi haluttiin saada vastauksia, mitä kivunhoito-oppaan ja mahdollisen koulutuksen tulisi sisältää palvellakseen arjessa tapahtuvaa hoitotyötä.

Haastatteluiden kesto ja kulku riippuu pitkälti haastateltavasta ja siksi on suositeltavaa tehdä koehaastatteluja, ennen varsinaisiin haastatteluihin ryhtymistä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 206). Tämän tutkimuksen haastattelukysymykset esitettiin kahdella hoitajalla ennen varsinaisia haastatteluja. Sen pohjalta muutamia haastattelukysymyksiä tarkennettiin ja mukautettiin selkeämmiksi, sekä palvelevimmiksi kokonaisuuksiksi. Muilta osin haastattelurunko vastasi hyvin tutkimuksen tarvetta. Tutkimuslupa (liite1) anottiin Kivipuiston johtajalta Iris Varkoilta, jolta saatiin kirjallinen lupa (liite 2) toteuttaa teemahaastattelut Kivipuistossa.

Laadulliseen tutkimukseen kuuluu, että kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti, eikä satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160). Olennaista tutkimuksen kannalta on, että haastateltavat tuntevat ilmiön mahdollisimman hyvin ja heillä on kokemusta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 85). Kivipuiston palvelutalon esimies, sairaanhoitaja Satu Solin-Laakkonen valitsi etukäteen haastateltavat hoitajat ja varmisti heidän suostumuksensa haastatteluun. Teemahaastatteluihin valittiin kuusi hoitajaa talon eri asumisyksiköistä. Otoksen tavoitteena oli auttaa saamaan mahdollisimman kattava kuva koko palvelutalon kivunhoidon arvioinnin ja osaamisen tasosta. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoitus oli haastatella lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Sairaanhoitajat jouduttiin jättämään kuitenkin tutkimuksen ulkopuolelle palvelutalon vähäisen sairaanhoitajien määrän vuoksi.

Ennen haastatteluja tutkimukseen valituille hoitajille toimitettiin saatekirjeet (liite 3), joissa korostettiin tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuutta, sekä henkilöllisyyksien suojaamista koko tutkimuksen ajan. Teemahaastattelut toteutettiin kuudelle vakituisessa toimessa olevalle lähihoitajalle Kivipuiston palvelutalon tiloissa 14.12.2012.

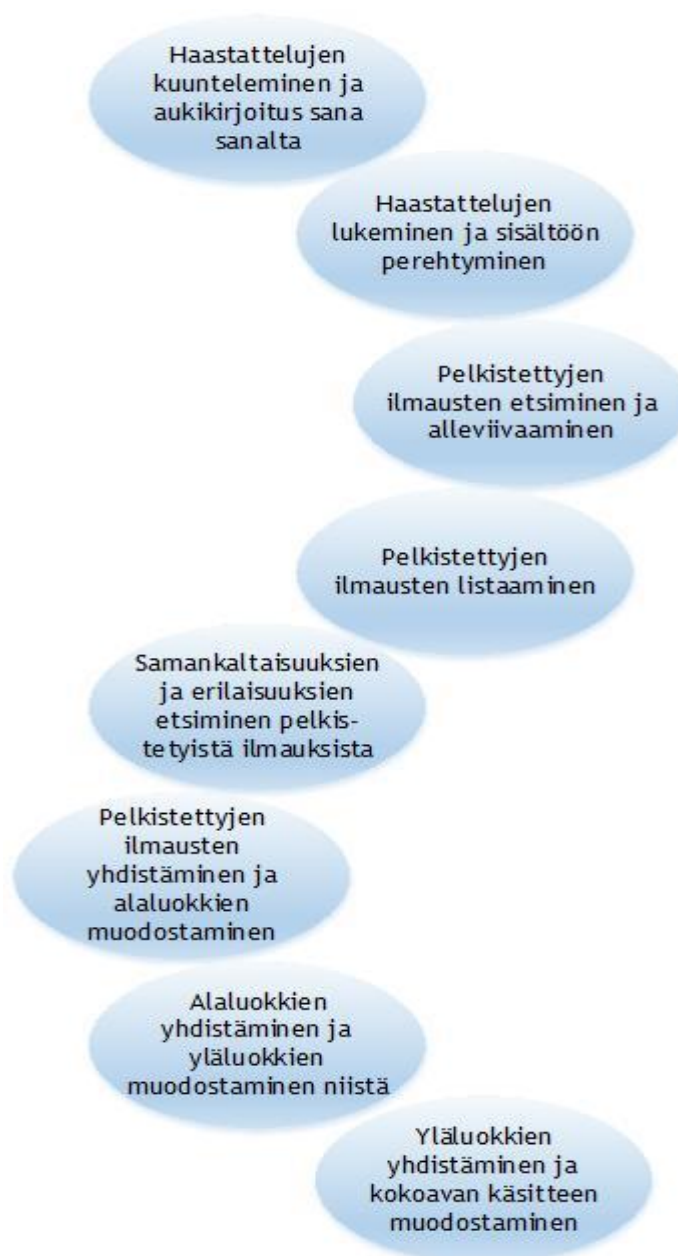
Etuna haastatteluissa aineistonkeruumenetelmänä, on niiden joustavuus. Tutkijalla on mahdollisuus toistaa kysymyksiä, oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä, selventää sanamuotoja ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Kysymykset voidaan esittää siinä järjestyksessä, jonka tutkija katsoo parhaaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 73.) Teemahaastattelut etenivät teemoittain, mutta kysymysten järjestys vaihteli haastattelun ja haastateltavan mukaisesti. Myös välikeskustelua käytiin ja lisäkysymyksillä tarkennettiin epäselväksi jääneitä vastauksia. Haastattelut nauhoitettiin myöhempää litterointia ja sisällönanalyysiä varten.

Nauhoitettu tutkimusaineisto litteroitiin, eli puhtaaksi kirjoitettiin sana sanalta. Tutkimusaineisto antoi kattavan kuvan siitä, miten hoitajat tuntevat kivun käsitteenä, sekä miten he arvioivat, hoitavat ja kirjaavat iäkkään kipua Kivipuiston palvelutalossa. Aineistolta saatiin vastauksia työssä esitettyihin keskeisiin tutkimuskysymyksiin ja aiheita jatkotutkimukselle löydettiin. Koulutusta koettiin tarvitsevan ja opas koettiin hyödylliseksi, kunhan se on tarpeeksi selkeä ja ytimekäs.

### 3.4 Aineisto analyysi

Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Laadullista aineistoa käsitellään usein kokonaisuutena ja sisällönanalyysin avulla siitä voidaan etsiä yhtäläisyyksiä ja eroja. (Alasuutari 2011, 38; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105–116.) Induktiivisella teorianmuodostuksella pyritään ymmärtävää näkemykseen, jossa kaikki kuvaukset ovat tulkintoja todellisuudesta. Induktiivisen teorianmuodostuksen tarkoituksena on pyrkiä kuvaamaan, tutkimuksen lähtökohtia, tiedonhankintaa ja siitä saatuja johtopäätöksiä. Tarkoituksena ei ole etsiä ennalta määriteltyjä asioita. Tavoitteena on lähestyä tutkimuskohdetta mahdollisimman avoimesti. (Siirala, Koskinen, & Laukkanen 2010.)

Sisällönanalyysin tavoitteena on muodostaa mahdollisimman tiivistetty kuva tutkitusta ilmiöstä. Tutkimusaineisto pilkotaan osiin, käsitteellistetään ja järjestellään uusiksi kokonaisuuksiksi. (Alasuutari 2011, 38; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105–116.) Tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Analyysissa tavoitetaan aineistojen yksinkertaisia kuvauksia, merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.) Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön, joka voi olla yksittäinen sana tai lause. Aineiston analysointi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan (Kuvio 6). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)



Kuvio 6: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi, 2011, 109)

Havaintojen pelkistäminen (Taulukko 2) voidaan jakaa konkreettisesti kahteen osaan. Ensimmäisessä vaiheessa aineistoa voidaan tarkastella tietyistä teoreettisesta näkökulmasta ja rajata tarkastelu siihen mikä on teoreettisen viitekehyksen kannalta keskeistä. Pelkistämisellä saadaan analyysin kohteena oleva tekstimassa hallittavammaksi. Pelkistämisen toisessa vaiheessa voidaan karsia tekstimassaa edelleen yhdistämällä havaintoja, joilla on yhteinen piirre tai nimittäjä. Havaintojen yhdistämisen lähtökohtana on, että aineistosta uskotaan löytyvän esimerkkejä ja näytteitä samasta ilmiöstä (Alasuutari 2011, 40.) Pelkistämisellä aineistosta saadaan karsittua kaikki tutkimuksen kannalta oleva epäolennainen pois (Tuomi & Sarajärvi 2011, 109). Aineiston litteroinnin jälkeen vastaukset ryhmiteltiin

tutkimuskysymysten mukaisesti kivun arviointiin ja kivun hoitamiseen. Aineistosta etsittiin samaa tarkoittavat ilmaukset ja karsittiin tutkimuksen kannalta oleva epäolennainen tieto pois. Alkuperäisilmaukset kirjoitettiin pelkistettyyn muotoon.

Taulukko 2: Aineiston pelkistäminen (kivun arviointi)

KIVUN ARVIOINTI	
ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTY ILMAUS
<p>”sä osaat lukee sitä ihmistä”</p> <p>”osaat lukea onko iho nihkee, kuiva, ilmeet, eleet, älähdykset”</p> <p>”no jotka osaa puhua niin vähän yrittää sitten paikantaa ja kysyy kivun laatua”</p> <p>”riippuu nyt siitä pystyykö miten ihminen pystyy ilmaisemaan itseään”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- osaa lukea eleitä</li> <li>- kivun merkkien tunnistaminen</li> <li>- kivusta kertominen</li> </ul>

Aineiston ryhmittelyssä aineistosta poimitut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi etsien niistä samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Samaa asiaa merkitsevät asiat ryhmitellään. Näitä voivat olla tekstin sanat, fraasit ja synonyymit. Ryhmittely jälkeen ne yhdistetään yhdeksi luokaksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla nimellä. Kuvaavien luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Luokitteluyksikköinä voi toimia tutkittavan ilmiön piirre, käsitys tai ominaisuus (Tuomi & Sarajävi 2011, 110). Yhdistämällä havaintoja tutkija pyrkii ilmentämään tekemiään havaintoja yleisemmällä tasolla. (Janhonen & Nikkonen 2001, 22; Alasuutari 2011, 237). Taulukossa 3 on esimerkiksi alkuperäisilmauksista saadut pelkistetyt ilmaukset, ryhmitelty alaluokiksi.

Taulukko 3: Alaluokkien muodostaminen (kivun arviointi)

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- osaa lukea eleitä</li> <li>- kivun merkkien tunnistamisen</li> <li>- kivusta kertominen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- havainnointi</li> <li>- kysyminen</li> <li>- kuuntelu</li> </ul>

Aineiston ryhmittelyvaihetta, seuraa aineen abstrahointi (Taulukko 4), jonka tuloksena tutkimuksesta erotetaan olennainen tieto. Valikoidun tiedon avulla saadaan muodostettua teoreettisia käsitteitä. Käsitteiden yhdistämisellä saadaan lopulta muodostettua vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 111.)

Taulukko 4: Yläluokan muodostaminen (kivun arviointi)

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- havainnointi</li> <li>- kysyminen</li> <li>- kuuntelu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erilaiset kivunarvioinnin menetelmät</li> </ul>

#### 4 Tulokset

Työn keskeisimmät tutkimustulokset on esitetty taulukossa 5. Kappaleissa 4.1 ja 4.2 esitellään tarkemmin tutkimustulokset. Tulokset ovat esitetty tutkimusongelmittain järjestyksessä. Työn tutkimuskysymyksiä olivat 1. Millä menetelmillä hoitajat arvioivat iäkkään kipua? 2. Millä menetelmillä hoitajat hoitavat iäkkään kipua?

Taulukko 5: Tutkimuksen tulokset

Tutkimusongelma	Hoitajien käyttämät kivunarviointimenetelmät
Yläluokka	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Erilaiset kivunarviointimenetelmät</li> <li>❖ Sairausten asettamat haasteet kivunarvioinnille</li> <li>❖ Käyttäytymiseen liittyvät muutokset</li> <li>❖ Kivunarviointivälineiden puuttuminen</li> </ul>

Tutkimusongelma	Hoitajien käyttämät kivunhoitomenetelmät
Yläluokka	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Monipuolinen lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttö</li> <li>❖ Kipulääkevalmisteiden käyttö lääkärin ohjeiden ja hoitajan arvion mukaisesti</li> <li>❖ Hoitajien kokemat haasteet lääkehoidossa</li> </ul>

#### 4.1 lääkään kivun hoidon arviointi

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millaisilla menetelmillä hoitajat arvioivat ikääntyneen kipua. Tulosten perusteella hoitajat käyttivät erilaisia kivunarviointimenetelmiä sekä kokivat sairauden asettavan haasteita kivunarvioinnille. Lisäksi käytöksen muutokset koettiin kertovan kivusta. Kivunarviointivälineitä ei ollut käytössä.

Tutkimustuloksista ilmeni, että kipua arvioidaan pääsääntöisesti havainnoimalla, kuuntelemalla ja kyselemällä (taulukko 6). Hoitajat arvioivat kipua havainnoimalla asukkaan tilassa tapahtuvia muutoksia esimerkiksi jäykkyyden, eleiden yms. perusteella. Asukkaan tuntemisen koettiin helpottavan kivun arviointia. Tunteminen auttaa hoitajaa arvioimaan asukkaan tilassa tapahtuneita muutoksia. Kipua arvioitiin kysymällä niiltä, jotka kykenevät vastaamaan kysymyksiin.

”ne jotka osaa puhua niin vähän yrittää sitten paikantaa ja kysyy kivun laatua”

”sitä tulee arvioitua käytöksen perusteella”

Taulukko 6: Hoitajien käyttämät kivunarviointimenetelmät

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Havainnointi</li> <li>• Kivusta kysyminen</li> <li>• Kuunteleminen</li> </ul>	ERILAISET KIVUNARVIOINTIMENETELMÄT



Hoitajien mukaan erilaiset käyttäytymiseen liittyvät muutokset voivat kertoa kivusta. Heidän mukaan ääntely, levottomuus, aggressiivisuus, itku, masentuneisuus, kävelyvaikeudet ja toimintakyvyn aleneminen voivat olla merkkeinä kivusta. (Taulukko 7)

”no se voi justinsa olla semmosta aggressiivista, ärtyisää käytöstä”

”voi olla masentunut, voi valittaa, voi itkeä”

”sehän voi olla vaikka miten levoton”

Taulukko 7: Kipu aiheuttaa muutoksia käytöksessä

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggressiivisuus</li> <li>• Levottomuus</li> <li>• Itku</li> <li>• Masentuneisuus</li> <li>• Kävelyvaikeudet</li> <li>• Toimintakyvyn aleneminen</li> </ul>	KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVÄT MUUTOKSET

Hoitajat kokivat haasteellisena kivun arvioinnissa asukkaan muistisairauden tai kommunikaatiovaikeudet. (Taulukko 8) Kommunikoinnin puutteesta johtuen hoitajat joutuvat arvioimaan asukkaan mahdollista kipua eleiden, ilmeiden, ääntelyn tai muuttuneen käytöksen perusteella. Syömättömyys ja unettomuus voivat olla seurausta kivusta. Asukkaan tuntemisen koettiin tässäkin edesauttavan kivunarviointia.

”he ei osaa ilmaista että johonkin koskee”

”riippuu nyt siitä miten ihminen pystyy ilmaisemaan itseään”

”Jos ei pysty sanomaan tai osoittamaan mitään paikkaa”

Taulukko 8: Hoitajien kokemat haasteet kivunarvioinnissa

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muistisairaus hankaloittaa</li> <li>• Kommunikointikyvyttömyys haasteena</li> </ul>	SAIRAUDEN ASETTAMAT HAASTEET KIVUNARVIOINNILLE

Tuloksista selvisi että, kipumittarit olivat osalle tuttuja, mutta niitä ei ollut pääsääntöisesti käytetty kivunarvioinnissa. Esimerkiksi kommunikointivaikeuksien vuoksi mittareiden käyttö koettiin mahdottomana. Halukkuutta niiden käyttöön kuitenkin osoitettiin. (Taulukko 9)

”ei tällä hetkellä ole suuremmin mitään niin sanottuja mittareita, tai siis onhan meillä tuolla niitä kaavakkeita, mutta niitä ei oikeastaan kyllä käytetä ollenkaan”

”no en oo vielä, vielä semmosia käyttäny”

Taulukko 9: Kipumittareiden puuttuminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kipumittareista on tietoa</li> <li>• Halukkuutta käyttöön on</li> <li>• Kipumittareita ei ole käytössä</li> </ul>	KIVUNARVIOINTIVÄLINEIDEN KÄYTÖN PUUTTUMINEN

#### 4.2 Iäkkään kivun hoitaminen

Tutkimuksen tavoitteena oli myös selvittää millaisia menetelmiä hoitajat käyttävät iäkkäiden kivunhoidossa. Haastattelukysymykset olivat jaoteltu lääkkeettömän ja lääkkeelliseen kivun hoitamiseen. Tulokseksi saatiin monipuolinen lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttö. Kipulääke valmisteita käytettiin lääkärin ohjeiden ja hoitajan arvion mukaisesti. Hoitajat kokivat kivunlääkkeellisessä hoidossa olevan haasteita.

Tuloksista (Taulukko 10) kävi ilmi, että lääkkeettömiä hoitomenetelmiä käytetään paljon lääkkeellisen kivunhoidon ohella. Lääkkeettömistä menetelmistä koettiin olevan hyötyä psyykkisen ja fyysisen kivunhoidossa. Hoitomuotoina käytettiin monipuolisesti erilaisia

menetelmiä, kuten asentohoitoa, liikuntaa, musiikkia, vierellä oloa, kosketusta, lämpöä ja kylmähoitoa sekä apuvälineitä.

”varmaan sitä kuuntelua ja keskustelua ja vierellä oloa vähä ja mietitää yhes mitä vois olla”

”rauhottamiset, musiikki tai asioi tai niinku ajatuksen poisvieminen siitä kivusta”

”lämpö ja kylmä, asentohoidot, siinäpä ne varmaan oikeastaan ne yleisimmät”

Taulukko 10: Hoitajien käyttämät lääkkeettömät hoitomuodot

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• huomion vieminen kivusta pois</li> <li>• läsnäolo</li> <li>• kuuntelu</li> <li>• kosketus</li> <li>• hieronta</li> <li>• lämpö- ja kylmähoidot</li> <li>• asentohoidot</li> <li>• apuvälineet</li> </ul>	<p>MONIPUOLINEN LÄÄKKEETTÖMIEN HOITOMENETELMIEN KÄYTTÖ</p>

Haastatteluissa selvitettiin, minkälaisia kipulääkkeitä käytetään yleisesti ikääntyneiden kivunhoidossa. Useimmat hoitajat mainitsivat yleisimpinä käytettyinä lääkkeitä parasetamolin ja durogesic laastarin. Myös tulehduskipulääkkeet, kipugeelit ja -voiteet, sekä heikot opioidit mainittiin. (Taulukko 11) Kivunhoidon porrastus oli vieras käsite monille hoitajille.

”no meil on just näit ihan perus, just parasetamoolia ja tulehduskipulääkkeit tarvittaessa jos jotain akuttii in ja sit on laastaria”

”se parasetamol on se meidän varmaan siis yleisin ja niinku sitä nyt melkein jokaisella on”

”käytetään ja tota joskus on sitte esimerkiksi jossain haavan hoidossa ni on sitten puuduttavia tai jotain kipuu poistavia geelejä”

Taulukko 11: Hoitajien toteuttama lääkkeellinen kivunhoito

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parasetamoli käytetyin</li> <li>• Kipulaastarit yleistyneet</li> <li>• Lääkelistan mukaiset lääkkeet</li> <li>• Kipugeelit ja -voiteet</li> <li>• Heikot opioidit</li> </ul>	KIPULÄÄKEVALMISTEIDEN KÄYTTÖ LÄÄKÄRIN OHJEIDEN JA HOITAJAN ARVION MUKAISESTI

Lääkehoidossa haasteellisena pidettiin lääkkeiden muotoa ja kokoa, niiden sivuvaikutuksia ja riippuvuutta, sekä pitkäaikaista kipulääkkeiden käyttöä. Osa hoitajista mainitsi että lääkitykset jämähtävät helposti päälle, jolloin kipulääkkeiden teho laskee. (Taulukko 12)

”kipulääkkeitä syöään ilman vastetta”

”ku se on kerran määrätty, niin sit se menee vaan vuosikausia”

Taulukko 12: Lääkehoidon haasteet

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lääkkeiden muoto ja koko</li> <li>• Lääkityksen jämähtäminen päälle</li> <li>• Sivuvaikutukset</li> <li>• Riippuvuus</li> <li>• Kipulääkkeen teho</li> </ul>	HOITAJIEN KOKEMAT HAASTEET LÄÄKEHOIDOSSA

## 5 iäkkäiden kivun arvioinnin ja hoidon- opas

### 5.1 Oppaan toteutus ja sisältö

Opinnäytetyön tuloksena syntyi iäkkään kivun arvioinnin ja hoidon -opas Kivipuiston palvelutalon hoitohenkilökunnalle. Oppaan tarkoituksena on toimia työvälineenä hoitotyössä. Opas koottiin teorian tiedon ja teemahaastattelujen tulosten pohjalta. Oppaan toivottiin olevan mahdollisimman selkeä, ytimekäs ja pienikokoinen, ns. ”taskumalli”. Lisäksi haluttiin tietoa kipulääkkeistä ja niiden haittavaikutuksista, sekä eri kiputyypeistä. Myös kivunarvioinnista

toivottiin lisätietoa. Hoitajat toivoivat oppaan käsittelevän kuolevan potilaan kivunhoitoa. Aiheen rajauksesta johtuen, sitä ei kyetty työhön lisäämään.

Oppaan sisältö perustuu tutkimuksesta saatuihin tuloksiin. Pääpaino oppaaseen muodostettiin tutkimuksen tarkoituksen, toiveiden ja tarpeiden kautta. Keskeisimmiksi aiheiksi muodostuivat kipu, kivun arviointi ja hoito, sekä kirjaaminen. Onnistunut kivun arviointi ja hoitaminen edellyttää hoitajalta tietoa kivun etiologiasta ja mekanismeista. Kertaukseksi oppaan alkuun avattiin kivun käsitteitä.

Kirjallisuuden mukaan ilman kipumittaria tehdyt kivunarviot ovat useimmiten virheellisiä. Oppaassa kivunarvioinnin tärkeyttä haluttiin korostaa tuomalla näkökohtia siitä, miksi ja millä menetelmillä kipua tulisi arvioida. Tutkimustulosten mukaan hoitajat arvioivat kipua pääsääntöisesti havainnoimalla ja kyselemällä. Kipumittareita ei juuri käytetä. Tämän vuoksi kipumittareiden kuvat haluttiin tuoda oppaaseen. Kaikki iäkkäiden kivunarviointiin soveltuvat mittarit ja niiden käyttö esiteltiin oppaassa. Ne suunniteltiin niin, että osaa niistä pystytään hyödyntämään hoitotyötilanteissa.

Kivun hoitaminen tuotiin esiin oppaaseen teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Lääkkeettömät vaihtoehdot esiteltiin kuvioina ja tekstinä. Lääkkeelliset hoitomuodot esiteltiin ryhmittäin pohjautuen kivunhoidon lääkeporrastukseen. Lääkkeiden haittavaikutukset, sekä niiden käyttöön liittyvät huomioitavat asiat tuotiin työhön.

Kirjaaminen on kulmakivi hyvään kivun arviointiin ja hoitoon. Pahlman (2002) mukaan ”kirjaamatonta kipua ei ole, eikä kirjaamatonta kipua ole hoidettu”. Haastatteluissa selvisi, ettei yhtenäistä kivun kirjaamiskäytäntöä ole. Kivusta kirjattiin hoitajasta riippuen eri asioita. Kirjaamisen todettiin olevan osittain puutteellista. Oppaassa tuotiin esille kirjaamisen merkitys onnistuneen kivunhoidon kannalta. Teoriaan viitaten laadittiin kuvio havainnollistamaan mitä tulisi kivun arvioinnista ja hoidosta kirjata. Alla on kuvattu oppaan sisältö kokonaisuudessaan. (Kuva 8)

<b>Sisältö</b>		
1.	KIPU	4
	Kiputyypit	5
2.	KIVUN ARVIOINTI	7
	Apuvälineitä kivun arviointiin	8
3.	KIVUN HOITAMINEN	12
	Lääkkeettömät hoitomuodot	12
	Lääkkeelliset hoitomuodot	15
4.	KIRJAAMINEN	20

Kuva 8: Oppaan sisältö

Oppaan teoriasisältö kirjoitettiin aluksi kokonaan Word-ohjelmalla. Kuvia otettiin opinnäytetyöstä ja ClipArtistia, kuvat luotiin Visio-ohjelmalla. Oppaan värimaailma suunniteltiin Color Scheme Designer- sivuston avulla. Oppaasta pyrittiin tekemään mahdollisimman johdonmukainen ja selkeä. Sisältö tiivistettiin mahdollisimman lyhyeksi ja ytimekkääksi, välttämällä tekstitulvaa. Lukija ystävällisyyden ja tekstin selkeyden vuoksi väliotsikoita kursivoitiin ja lihavoitiin. Yhteistyötä kuvaamaan oppaan kanteen lisättiin Laurean ja Kivipuiston logot. Opas tallennettiin Kivipuistoa varten muistitikulle tulostettavaan muotoon.

## 5.2 Oppaan arviointi

lääkkään kivun arviointi ja hoito- opas ja oppaan arviointilomake toimitettiin Kivipuistoon 21.4.2013. Vastauksia pyydettiin 26.4.2013 mennessä. Arviointilomakkeesta laadittiin mahdollisimman ytimekäs ja selkeä. Lomakkeessa kysyttiin oppaan sisällön ja ulkoasun hyvistä asioista, sekä niihin liittyvistä kehittämis ehdotuksista. Arviointilomakkeessa tiedusteltiin myös kokeeko vastaaja, että oppaasta olisi hyötyä hänen työssään.

Arviointilomakkeita toimitettiin neljään eri asumisyksikköön n. 10-15kpl/ yksikkö. Vastauksia saatiin yhteensä 8kpl. Vastaajista 7 koki, että pystyy hyödyntämään opasta työssään. Vain yksi koki, ettei kykene käyttämään opasta työnsä tukena. Eräs vastaaja kertoi, että opasta oli heti hyödynnetty työssä.

Hyvää palautetta saatiin oppaan sisällöstä mm. siitä, että apuvälineet kivunarviointiin olivat hyvät, lääkkeettömissä ja lääkkeellisissä hoitomuodoissa oli hyvää tietoa. Hyvinä asioina

mainittiin myös mm. PAINAD-mittari, kivun kirjaaminen, lääkkeellisten hoitomuotojen huomioi-kohdat. Opasta kuvailtiin, sanoilla ”hyvä”, ”selkeä”, ”ytimekäs”, sekä ”hyvin jäsennelty”.

Ulkoasusta hyvää palautetta annettiin oppaan selkeästä, siististä ja hyvin tiivistetystä sisällöstä. Kuvat ja taulukot koettiin mukavana lisänä.

Kehittämisideoina toivottiin, että oppaan kannet voisivat olla värilliset. Lisäksi toivottiin, että oppaan sisältämä tieto voisi olla hieman syvempää, kun opas on kuitenkin suunnattu hoitajille. Monet kuvailivat oppaan sisältävän aika paljon perustietoa. Kehittämisideana lääkkeellisistä hoitomuodoista olisi haluttu tietoa esim. lääkkeiden yhteensopivuudesta ja yhteensopimattomuudesta toisten lääkkeiden kanssa.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Hyvän tutkimuksen lähtökohtana on, että tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä ja eettistä käytäntöä. Kaikissa tehdyissä tutkimuksissa tulisi arvioida myös tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2007, 23, 226). Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat, kuinka todenmukaista aineistoa on kyetty tuottamaan (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003; Janhonen & Nikkonen 2003, 15–36). Myös tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteutumisesta ja kaikista tutkimukseen liittyvistä vaiheista, lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2011, 226).

Tutkimukseen käytettävässä kirjallisuuden valinnassa tarvitaan harkintaa ja lähdekriittisyyttä. Tutkijan on oltava kriittinen lähteitä valitessaan, sekä tulkitessaan niitä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 109.) Tässä opinnäytetyössä lähdeaineistona käytettiin monipuolista, uusinta tutkittua tietoa. Teoriatieto kerättiin luotettavista lähteistä, joiden tekijät kyettiin varmistamaan. Lähdemerkinnät, sekä lähdeluettelo laadittiin tarkasti ja niitä päivitettiin koko ajan työn edetessä. Lähdeaineisto kerättiin mahdollisimman tuoreesta kirjallisuudesta, tutkimuksista ja artikkeleista. Sähköisten lähteiden alkuperä ja tekijät tarkastettiin tietoa kerätessä. Lähteiden luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta pyrittiin arvioimaan työn tarkoituksen ja tavoitteen näkökulmasta.

Opinnäytetyön aiheen valinta muodostui yhteistyössä Kivipuiston yhteyshenkilön kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Aihe on kohderyhmää ajatellen keskeinen ja tärkeä, koska on todettu, ettei iäkkäiden kipua hoideta riittävästi (Pesonen 2011). Tutkimustietoa on

olemassa iäkkäiden kivun arvioinnista ja hoidosta, mutta sitä pitäisi saada aktiivisemmin hyödynnettyä iäkkäiden hoitopaikoissa (Palviainen, Kankkunen, & Suominen 2005, 32).

Opinnäytetyö tavoitteena oli kuvata Kivipuiston palvelutalon hoitajien osaamista kivun arvioinnissa ja hoidossa. Tarkoituksena oli tuottaa kivunhoidon ja arvioinnin opas käytännön hoitotyön tueksi. Aineiston kerääminen toteutettiin teemahaastatteluilla.

Teemahaastattelukysymykset laadittiin vastaamaan mahdollisimman hyvin opinnäytetyön keskeisiin tutkimuskysymyksiin. Haastattelurunko esitettiin kahdella hoitajalla, jonka pohjalta haastattelurunkoon tehtiin muutamia tarkennuksia ja korjauksia.

Opinnäytetyön tutkimusosuutta varten haettiin virallinen tutkimuslupa (liite 1) Kivipuiston monipalvelukeskuksen johtajalta Iris Varkoilta. Virallinen tutkimuslupa (liite 2) myönnettiin kirjallisessa muodossa 4.12.2012. Laadulliseen tutkimukseen kuuluu, että kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti, eikä satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. (Tuomi & Sarajärvi, 2007, 160). Luotettavuuden kannalta on olennaista, että ihmiset joilta tietoa kerätään, tietävät ja tuntevat tutkittavan ilmiön mahdollisimman hyvin. Myös haastateltavan kokemukset tutkittavasta ilmiöstä ovat olennaisia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 85.) Kivipuiston esimiestä sairaanhoitaja Satu Solin-Laakkosta pyydettiin valitsemaan haastateltavat tutkimusta varten talon eri asumisyksiköistä. Kaikkia asumisyksiköitä Kivipuistossa yhdistää se, että jokaisessa hoidetaan iäkkäitä sairauden syystä ja taustasta riippumatta. Otoksen tarkoituksena oli saada monipuolinen joukko hoitajia valittua, jolloin saataisiin mahdollisimman kattava kuva koko palvelutalon kivunhoidon arvioinnin ja osaamisen tasosta. Tutkimukseen valitut olivat kaikki tehneet hoitotyötä vuodesta useampaan vuoteen, joten kaikilla tutkittavilla oli kertynyt kokemusta ikääntyneiden kivun arvioinnista ja hoitamisesta.

Laadullisen tutkimuksen eettisyyteen vaikuttavat haastateltavan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen, sekä luottamuksellisuus (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003). Haastateltavien vapaaehtoisuus tarkistettiin kysymällä ja tutkimuksen eettisyydestä huolehdittiin toimittamalla tutkimukseen osallistuville saatekirjeet (liite 3) ennen haastatteluja. Saatekirjeessä korostettiin haastattelujen vapaaehtoisuutta, sekä henkilöllisyyden suojaamista koko tutkimuksen ajan. Haastatteluihin valittiin vain lähihoitajia. Sairaanhoitajat jouduttiin jättämään tarkoituksella tutkimuksen ulkopuolelle, sillä talon vähäisen sairaanhoitaja määrän vuoksi tutkittavien henkilöllisyys olisi voinut paljastua. Yhdenkin sairaanhoitajan ottaminen mukaan tutkimukseen olisi voinut vääristää tutkimuksen lopputulosta, koska vastausta ei olisi voitu yleistää. Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut myöskään vertailla eri ammattiryhmien välistä osaamista kivunarvioinnissa ja hoidossa.



Haastattelut toteutettiin 4.12.2012 Kivipuiston monipalvelukeskuksen tiloissa. Haastateltavia oli yhteensä kuusi ja haastattelijoita kaksi. Haastateltavat jaettiin kahden haastattelijan kesken. Haastattelut nauhoitettiin myöhempää litterointia ja sisällönanalyysiä varten. Yksi opinnäytetyöntekijöistä ei tarkoituksella osallistunut haastatteluiden tekemiseen, kuuntelemiseen, eikä litteroimiseen palvelutalossa olevan työsuhteensa vuoksi. Näin varmistettiin tutkimuksen eettiset näkökohdat, sekä tutkittavien henkilöllisyyksien salassa pysyminen.

Haastattelut kuunneltiin ja litteroitiin, eli puhtaaksi kirjoitettiin sana sanalta siinä järjestyksessä missä haastattelut olivat edenneet. Tämän jälkeen aineistolle tehtiin sisällönanalyysi. Aineiston analysointiin osallistuivat kaikki kolme opinnäytetyöntekijää, jolla taattiin mahdollisimman monipuolinen ilmiön tutkiminen. Tutkimusaineistoa käsiteltiin, niin ettei tutkittavien henkilöllisyydet paljastuneet missään vaiheessa.

Luotettavuutta lisää aineiston keruussa saatu tieto siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta lisää tutkijan kyky pelkistää aineistoa. Tämä tapahtuu kuvaamalla tutkittavaa ilmiötä, sekä osoittamalla yhteys aineiston ja tulosten välillä. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003; Janhonen & Nikkonen 2003, 15–36.) Sisällönanalyysi aloitettiin etsimällä vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Aineistolta kysyttiin ” millä menetelmillä hoitajat arvioivat iäkkään kipua?” ja ”millä menetelmillä hoitajat hoitavat iäkkään kipua?”. Tällä menetelmällä kerättiin keskeisimpiä suoria lainauksia työhön, eli alkuperäisilmaisuja. Suorissa lainauksissa huomioitiin, ettei vastaajan henkilöllisyys ole tunnistettavissa. Aineiston pelkistämällä, ryhmittelyllä ja luokkien muodostamisella saatiin työn kannalta keskeiset tulokset: kivun arvioinnin menetelmät ja kivun hoitamisen menetelmät.

Tutkimusaineistoa on käytetty vain ja ainoastaan tutkimukselle tehtävään sisällönanalyysiin. Kaikki tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen.

## 6.2 Tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Kivunhoitoa ohjaavat lainsäädäntö, ammattiryhmien eettiset perusteet, sekä näyttöön perustuva tieto kivun hoidon vaikuttavuudesta. Kivun arviointi ja hoito ovat tärkeä osa laadukasta hoitoa. Kivunhoitotyö on tiimityötä. Hoitajalla on keskeinen asema kivun tunnistamisessa, arvioinnissa, hoidossa, sekä kivun hallinnan tukemisessa. Kokonaisvaltaiseen kivunhoitoon vaaditaan tietoa kivun mekanismeista ja etiologiasta. Sen lisäksi tarvitaan tietoa kivun ilmenemisestä, luotettavista arviointimenetelmistä, sekä tekijöistä, jotka edesauttavat

tai estävät kivun hallintaa. Tärkeää on tunnistaa kivun aistimiseen ja sietoon vaikuttavia tekijöitä. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Tutkimustuloksia tarkasteltiin koko teoreettisen viitekehyksen, sekä tutkimuskysymysten kautta. Teemahaastattelu kysymykset perustuivat työn teoreettiseen viitekehykseen, jonka tarkoituksena oli saada vastauksia mitä kivunhoito-oppaan tulisi sisältää ja nouseeko tarvetta kivunhoitoluennolle. Teemahaastattelut sisälsivät kivunarvioinnin ja hoitamisen lisäksi kysymyksiä siitä, mitä hoitajien mielestä kuuluu iäkkäiden hyvään kivunhoitoon, sekä mitä ongelmia siihen liittyy. Hoitajia pyydettiin esittämään näkökohtia siitä, mitä he haluaisivat kivunhoidossa kehittää. Lisäksi selvitettiin miten kipu käsitetään, tunnistavatko he eri kiputyyppejä, sekä akuutin ja kroonisen kivun eroa.

Tulosten perusteella kipu koettiin henkilökohtaisena, yksilöllisenä, sekä elämänlaatuun voimakkaasti vaikuttavana tekijänä. Erilaisista kiputyypeistä ei ollut juurikaan tietoa. Myöskään akuutin ja kroonisen kivun eroa ei osattu selkeästi määritellä. Hoitajien mielestä keskeistä hyvän kivunhoidon kannalta oli riittävä lääkitys, ennaltaehkäisy, yksilöllisyys, riittävä aikainen puuttuminen kipuun ja sen minimointi. Asukkaan tuntemisen koettiin helpottavan hyvän kivunhoidon toteutumista. Haasteena kivunhoidon onnistumiselle koettiin kommunikointi vaikeudet, hoitohenkilökunnan asenteet, sekä kivun syyn selvittäminen.

Hoitajat haluaisivat kehittää kivunhoidossa erityisesti kivun ennaltaehkäisyä, lääkkeettömien hoitomuotojen käyttöä, sekä kipumittareiden käyttöä. Hoitajat toivoivat mahdollisuutta konsultoida lääkäreitä vuorokauden ajasta riippumatta, sekä hoitohenkilökunnan resurssien lisäämistä. Saattohoidossa koettiin olevan erityisesti kehitettävää.

Kirjaaminen on tärkeä osa kivunhoitotyötä. Tutkimuksessa selvitettiin mitä ja miten hoitajat kirjaavat kivunarvioinnista, sekä hoitamisesta. Kirjaamisen avulla henkilön kokemaa kipua välittyy häntä hoitavalle taholle. Kirjaaminen on kulmakivi yksilöllisen ja laadukkaan kivunhoidon onnistumiselle. Pahlmanin (2002) mukaan, kivunhoidon perustana on, että ”kirjaamatonta kipua ei ole, eikä kirjaamatonta kipua ole hoidettu”. (Ruuskanen 2006, 18.)

Vastausten mukaan hoitajien kirjaamiskäytännöt kivusta vaihtelivat. Kivusta kirjattiin pääsääntöisesti lääkkeellisen kivunhoitamiseen liittyviä asioita kipulääkkeiden käyttöä ja niiden tehoa. Kivun arvioinnista ei vastausten mukaan juurikaan kirjattu. Tutkimustulosten mukaan voidaan päätellä, että kivusta kirjaaminen vaihtelee hoitajakohtaisesti ja on osittain puutteellista.

### 6.3 Kehittyminen asiantuntijuuteen

Opinnäytetyön tekeminen on opiskelijan oppimisprosessi. Sen tavoitteena on edistää ammatillista kasvua sairaanhoitajaksi. Työn tarkoituksena on kuvata opiskelijan ammatillisia valmiuksia soveltaa opittua tietoa ja taitoa kehittyä asiantuntijuuteen. Sen avulla luodaan uusia näkökulmia ammatillisen osaamisen ja työelämän kehittämisen, välille yhdistämällä teorian tieto käytännön taitoihin. (Laurea fakta - opas opiskeluun Laureassa 2011-2012, 57.)

Opinnäytetyön aihe pohjautuu hoitotyön asiantuntijuusalueen ammattikorkeakoulun, sekä opiskelijoiden omien kiinnostuksen kohteiden mukaan keskeiseen aihekokonaisuuteen. Työ vaatii tutkivaa työtettä laadullisen tutkimusmenetelmän hallintaa ja ammatillista asiantuntijuutta. (Laurea fakta - opas opiskeluun Laureassa 2011-2012, 57.) Tämän opinnäytetyön aihe valikoitui Kivipuiston palvelutalon yhteyshenkilön kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Aiheen valintaan vaikutti opiskelijoiden ja palvelutalon henkilökunnan mielenkiinto aihetta kohtaan. Aiheen koettiin olevan sairaanhoitajan ammatin kannalta keskeinen. Kivun arviointi ja hoitaminen on olennainen osa-alue hoitotyötä. Sairaanhoitaja tarvitsee näitä tietoja riippumatta toimipaikasta missä hän työskentelee. Opinnäytetyön aihe rajattiin käsittelemään iäkkäiden kivun arviointia ja hoitoa palvelutalon asukaskuntaa ajatellen. Suurin osa palvelutalon asukkaista on yli 65-vuotiata, eli iäkkäitä.

Työn kautta saatiin tulevaisuutta varten paljon tietoa kivun arvioinnista ja hoidosta. Tietoa pystyy hyödyntämään sairaanhoitajan ammatissa, hoidettavien iästä tai sairauksista riippumatta. Kivun hoidosta keskeisenä asiana mieleen jäi, että kipu on kokonaisvaltaista. Kipua ei pidä vähätellä. Se on yksilöllinen tuntemus, joka vaikuttaa sekä psyykkiseen, että fyysiseen kokonaisuuteen. Hoidossa on otettava huomioon hoidettavan omat toiveet ja ajatukset.

Kirjaamisen merkitystä hoidossa ei pidä väheksyä. Pahlman (2002) toteaa hyvin, että ”Kirjaamatonta kipua ei ole, eikä kirjaamatonta kipua ole hoidettu” (Ruuskanen 2006, 18). Kirjaaminen on kulmakivi hyvän ja tehokkaan kivun hoidon toteutukseen. Ilman kirjaamista, kukaan ei voi tietää miten kipua on hoidettu ja mikä siihen on auttanut. Lääkkeettömien hoitomuotojen käyttöä tulisi tehostaa lääkkeellisten keinojen ohella. Ne eivät ole väheksyttäviä hoitomuotoja lääkkeellisen kivunhoidon rinnalla, vaikkakin niiden käytöstä on olemassa vähän tutkimuksia.

Teoreettisen viitekehyksen rakentaminen on avartanut opinnäytetyöntekijöiden näkemystä kivusta, sen arvioinnista ja hoidosta. Työn tekeminen on herättänyt vahvan näkemyksen siitä, miten tulevaisuudessa suhtautuu kivusta kärsivään henkilöön ja kivun hoitamiseen. Kivun

hoitaminen vaatii hoitajalta jatkuvaa arviota käytettyjen menetelmien tehokkuudesta, tietojen ja taitojen päivittämistä, sekä pitkäjänteisyyttä.

Opinnäytetyön suunnitteleminen aloitettiin syksyllä 2011. Aineiston keruu ja teoreettisen viitekehyksen rakentaminen toteutui vuoden 2012 kevään ja kesän aikana. Teoriatiedon kokoaminen toteutettiin opinnäytetyöntekijöiden kesken niin, että jokainen haki tietoa tietyistä aihealueista. Aihepiirit koostuivat kivun fysiologiasta, kivun eri tyypeistä, kivun arviointi- ja hoitamismenetelmistä, sekä kirjaamisesta. Lähdeaineisto hankittiin kirjallisuudesta ja internetistä yhteistyönä. Sairaanhoidajakoulutuksen myötä taidot ovat kehittyneet tiedonhankinnassa ja asiatekstin kirjoittamisessa. Tietoa, sekä sen alkuperää on opittu arvioimaan kriittisesti ja hakemaan monipuolisesti erilaisista lähteistä.

Haasteelliseksi tiedon haussa koettiin, että tietoa kivusta ja sen hoitamisesta on olemassa hyvin runsaasti. Tietoa oli etsittävä nimenomaan ikääntyneiden henkilöiden hoitamisen näkökulmasta. Teoreettisen viitekehyksen valmistuttua, opinnäytetyö esiteltiin tutkimussuunnitelma-seminaarissa syyskuussa 2012. Seminaarin jälkeen teoriaosuus hiottiin kuntoon opponenteilta ja opettajalta saadun palautteen pohjalta. Tämän jälkeen haettiin tutkimuslupa (liite 1) Kivipuiston palvelukotisäätiön johtajalta, johon saatiin myöntävä päätös (liite 2).

Teemahaastattelurunko (liite 4) luotiin teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuskysymysten pohjalta. Se esiteltiin kahdella hoitajalla. Esitestauksen pohjalta tehtiin pieniä korjauksia haastattelurunkoon, mutta sen todettiin palvelevan suurelta osin tarkoitustaan. Teemahaastattelut toteutettiin Kivipuistossa 4.12.2012. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

Tutkimusaineistolle tehtiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi, johon osallistuivat kaikki kolme opinnäytetyöntekijää. Sisällönanalyysi koettiin mielekkäänä ja mielenkiintoisena prosessina. Sen avulla saatiin vastaukset työssä asetetuille tutkimuskysymyksille ja pohjusta oppaan luomiselle. Tutkimustulokset vahvistivat työn taustan ja tarkoituksen. Tulosten perusteella kivun arvioinnin ja hoidon oppaan, sekä koulutuksen koettiin olevan tarpeellinen.

Oppaan työstäminen koettiin haasteellisena. Haastatteluissa nousi esiin mm. että oppaan tulisi olla lyhyt, selkeä ja ytimekäs, joka ei jäisi kaapin päälle pölyttymään. Tämä toi haasteen tehdä oppaasta lyhyen ja ytimekkään, mutta samalla riittävän informatiivisen ja työelämää palvelevan. Työelämän tarpeet, toiveet, sekä opinnäytetyöntekijöiden omat näkemykset sisällöstä, eivät aina kohdanneet koulun asettamien vaatimusten kanssa. Myös ulkoasuun liittyvät näkemykset poikkesivat välillä toisistaan.

Opinnäytetyö on edistänyt ryhmätyötaitoja ja aikatauluttamista. Työn tekeminen sujui hyvässä ryhmähengessä. Aikataulujen yhteensovittaminen koettiin ajoittain haasteellisena erilaisten elämäntilanteiden vuoksi. Opinnäytetyölle ei asetettu missään vaiheessa tiukkoja aikatauluvaatimuksia siitä, milloin työn tulisi olla valmis. Työtä pyrittiin tekemään hyvällä intensiteetillä ja säilyttämään motivaatio koko prosessin ajan. Siinä koettiin myös onnistuneen.

Opinnäytetyön valmistuttua opiskelija osoittaa osaamisensa siihen vaadittavalla kypsyysnäytteellä. (Laurea fakta 2011-2012, 57.) Kypsyysnäyte voidaan suorittaa järjestämällä aiheesta koulutus, tai suorittamalla ohjaavan opettajan laatima tentti kyseisestä aiheesta. Ohjaavan opettajan Anne Laaksosen kanssa sovittiin, että aiheesta pidetään koulutus. Selkeä toive ja kiinnostus koulutukselle, nousi esiin hoitajien teemahaastatteluista. Koulutuksen tavoitteena on täydentää opasta, sekä antaa laajemmin tietoa kivun arvioinnista ja hoidosta. Opas pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeäksi ja ytimekkääksi työvälineeksi. Siitä johtuen siihen ei voitu sisällyttää kaikkea, mitä olisi haluttu tiedoksi kivunhoidosta hoitajille antaa. Koulutus pidetään 7.5.2013 Kivipuistossa.

Koulutusta varten oltiin yhteydessä lääkefirmoihin ja tiedusteltiin, löytyisikö heiltä mahdollisesti kivun arviointiin käytettäviä apuvälineitä, kuten kipumittareita. Monilta lääkefirmoilta saatiin vastaus, ettei heillä ole tällä hetkellä kipumittareita tarjolla. Astra Zenecalta saatiin kuitenkin asiaa koskien yhteydenotto, joka johti tapaamiseen heidän edustajan Nina Ekholmin kanssa 18.4.2013 Espoossa. Häneltä saatiin käyttöön digitaalisessa ja paperimuodossa olevat kivunarviointivälineet. Digitaalinen versio on heidän uusi kehitteillä oleva kivunarviointiohjelma, joka lanseerataan toukokuussa 2013. Ohjelmalla voidaan arvioida kipua ja sen hoitoa. Paperiversio sisältää VAS-mittarin, kipupiirroksen, sekä kipupäiväkirjan.

#### 6.4 Jatkotutkimusaiheet

Teemahaastatteluiden tuloksena saatiin selville, mitkä asiat hoitajat kokevat puutteellisina iäkkäiden kivunhoidossa ja mitä he haluaisivat siinä kehittää. Keskeisimpänä ongelmana ja kehittämisen kohteena koettiin talossa toteutettava saattohoito. Hoitajat kokivat kivunlievityksen ja valmiuden saattohoitoon olevan riittämätöntä. Hoitajat toivoivat opinnäytetyön oppaalta ja koulutukselta tietoa saattohoidon kivun lievityksestä, mutta aiheen laajuudesta johtuen, sitä ei kyetty tähän tutkimukseen lisäämään. Jatkotutkimusaiheena tulevaisuudessa voitaisiin tutkia, miten loppuvaiheen kivunlievitys Kivipuistossa toteutetaan ja minkälaiset valmiudet palvelutalolla on sitä toteuttaa.

Myös ikääntymiseen liittyvistä biologisista muutoksista oltiin kiinnostuneita ja erityisesti muutosten vaikutuksista suhteessa lääkehoitoon. Tässä opinnäytetyössä ikääntymiseen liittyviä biologisia muutoksia käsitellään lyhyesti etenkin lääkkeellisen kivunhoidon yhteydessä. Tulevaisuudessa voisi geriatriksesta koulutuksesta olla hyötyä, jossa painopiste olisi biologisissa muutoksissa ja niiden vaikutuksissa lääkinnälliseen hoitoon.

Opinnäytetyön kannalta jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, onko kivun hoito-oppaasta ollut hyötyä iäkkäiden kivun arvioinnin ja hoidon apuvälineenä, sekä onko kivunarviointimenetelmien käyttö lisääntynyt. Myös ikääntyneiden kokemuksia kivun arvioinnin ja hoidon toteutumisesta voitaisiin selvittää.

## Lähteet

### Kirjalliset lähteet:

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus. Tampere: Osuuskunta vastapaino.

Elomaa, M. & Eastlander, A-M. 2009. Psykologiset menetelmät. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino. 248.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WS Bookwell.

Finne-Soveri & Noro. 2005. Miksi kivun havaitseminen ja hoitaminen on vaikeaa laitoksessa asuvalla vanhuksella. Kipuviesti. Lokakuu 2005. Viitattu 25.3.2012.

Finne-Soveri, H. 2006. Laitoksessa asuvan vanhuksen kivun hoito. Teoksessa: Pitkälä, K., & Tilvis, R. Vanhusten kivun hoito ja arviointi Espoo: Janssen-Cilag.

Granström, V. 2009. Kipu, unettomuus ja masennus. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino. 114-115.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavuori, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell.

Kankkunen, P. 2010. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro. 261-262.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimushoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuus. Helsinki: WSOYpro.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen - selvityshenkilön raportti.

Kivelä, S-L. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Turku.

Kivipuisto monipalvelukeskus. 2011. Kivipuiston esittely.

Kivipuisto monipalvelukeskus. 2008. Kivipuiston lääkehoitosuunnitelma.

Laurea fakta - opas opiskeluun Laureassa 2011-2012.

Niemi-Murola, L., Kalso, E. & Pöyhä, R. 2007. Tieto yksin ei riitä - kivun laadukkaaseen hoitoon tarvitaan myös taitoa ja asennetta. Finnanest.

Nurminen, M-L. 2006. Lääkehoidon ABC. Helsinki: WSOY.

Nurminen, M-L. 2010. Lääkehoidon ABC. Helsinki: WSOY.

Opetushallitus. Sosiaali- ja terveydenalan perustutkinto, lähihoitaja 2010. Ammatillisen perustutkinnon perusteet.

Palviainen, J., Kankkunen, P., Suominen, T. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten kivun hoidon esteet. Kipuviesti. Lokakuu 2005.

Pitkälä, K. 2006. Kroonisen kivun hoidon karikkoja kotona asuvilla ikäihmisillä. Teoksessa: Finne-Soveri, H. & Tilvis, R. Vanhusten kivun hoito ja arviointi. Espoo: Janssen-Cilag. 5-7.

Pharmaca Fennica I-IV. 2011.

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 238-242.

Ruuskanen, E. 2006. Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö. Näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma 2003-2004. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Suomen Kipu Ry. 2010. Kroonisen kivun ensitieto-opas. Painotalo Redfina.

Tarkkila, P. 2005. Vanhusten kivun mittaus. Kipuviesti (2). Suomen kivuntutkimusyhdistys.

Tokola, E. 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Helsinki: Tammi.

Tuomi & Sarajärvi. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vainio, A. 2009. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Helsinki: Duodecim.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sähköiset lähteet:

Duodecim. 2010. Porrastettu kivunhoitomalli. Viitattu 18.3.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ima01799](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ima01799).

Duodecim. 2011. Kipupotilaan tutkiminen. Viitattu 20.10.2012.  
[http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p\\_sivusto=640&p\\_navi=127786&p\\_sivu=65443](http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=127786&p_sivu=65443).

Duodecim. 2011. Kivunhoidon periaatteet. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Verkkokurssi. Viitattu 24.10.2012.  
[http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p\\_sivusto=640&p\\_navi=127787&p\\_sivu=65444](http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=127787&p_sivu=65444).

Heinonen, M. 2007. Kivun arviointimenetelmät. Duodecim. Viitattu 13.3.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00170](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170).

Heinonen, M. 2007. Kivun mittaaminen ja hyvä kivunhoito. Duodecim. Viitattu 25.3.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00169](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00169).

Honkanen, T. 2009. Vanhuksen kipu ja sen hoito. Diakonissalaitoksen Hoiva. Viitattu 13.3.2012. <http://www.hoiva.fi/sairaalan-ajankohtaista/75-vanhuksen-kipu-ja-sen-hoito>.



IASP. Faces Pain Scale. Viitattu 15.10.2012.

[http://www.iasp-](http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/FacesPainScaleRevised/default.htm)

[pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/FacesPainScaleRevised/default.htm](http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/FacesPainScaleRevised/default.htm)

.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen tutkimus- mitä, miten ja miksi? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.10.2012.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtiha](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtiha)

[ku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo93495&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=uusinnumero.](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtiha)

[http://www.laurea.fi/fi/opiskelu/oppaat/Documents/Laurea\\_FAKTA%20FI\\_01122011.pdf](http://www.laurea.fi/fi/opiskelu/oppaat/Documents/Laurea_FAKTA%20FI_01122011.pdf)

Lääketietokeskus. läkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä. Viitattu 17.4.2012.

<http://www.laaketietokeskus.fi/laaketieto/tietoa-laakkeista-ja-terveydesta/iakkaiden-laakehoidon-erityispiirteita>.

Lihavainen, K. 2011. Kipu vaikeuttaa iäkkään tasapainon hallintaa. Jyväskylän yliopisto.

Viitattu 12.3.2013. <https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2011/01/tiedote-2011-01-19-14-53-37-102523>

Muurinen, S. 2007. Hoitotyönsuunnittelu ja kirjaaminen. Teoksessa: Lehtoranta, H., Luoma, M-L, & Muurinen, S. (toim). Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Stakes. Viitattu 20.3.2012. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf>.

Pesonen, A. 2011. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 21.1.2012.

[http://www.finnanest.fi/files/vaitos\\_pesonen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/vaitos_pesonen.pdf).

PKSSK. Kivun arviointi. Viitattu 19.10.2012. <http://www.pkssk.fi/miten-kipua-arvioidaan>.

Rauman kansanterveystyön kuntayhtymä. 2008. Kroonisen kipupotilaan ohjekansio. Satakunnan sairaanhoitopiirin Rauman aluesairaala ja Rauman kansanterveystyön kuntayhtymä.

Viitattu. 2.7.2012.

Sauvola, A. Vanhusten kivunhoito. Oulun yliopisto/ OYS. Viitattu 21.1.2012

<http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/041202.htm>.

Sauvola, A. Vanhusten kivunhoito. Oulun yliopisto/ OYS. Viitattu 21.1.2012

<http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/041202.htm>.

Siirala, E., Koskinen, S. & Laukkanen, L. 2010. Induktiivinen teorianmuodostus hoitotieteessä - yksityisestä yleiseen. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 10.8.2012.

[http://www.med.utu.fi/hoitotiede/perusopiskelu/materiaalipankki/Teema1\\_esitys2.pdf](http://www.med.utu.fi/hoitotiede/perusopiskelu/materiaalipankki/Teema1_esitys2.pdf).

Suomen kivuntutkimusyhdistys. 2010. Suositus sairaanhoitajakoulutuksen kivunhoitotyön osaamistavoitteista. Viitattu 2.7.2012.

[http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/shops%2022\\_8\\_2010.pdf](http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/shops%2022_8_2010.pdf).

STM. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Viitattu. 2.7.2012.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen\\_laakehoito\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf).

Therapia Fennica. Vanhusten apuvälineet. Viitattu 14.8.2012.  
[http://therapiafennica.datamappi.com/wiki/index.php?title=Vanhusten\\_apuv%C3%A4lineet](http://therapiafennica.datamappi.com/wiki/index.php?title=Vanhusten_apuv%C3%A4lineet).

Terhokoti. Fentanyylilaastari. Blogi. Ylilääkärin päivitykset. Viitattu 25.3.2012.  
<http://www.terho.fi/julkaisut/blogi/31-fentanyylilaastari>.

Tilvis, R. 2004. Vanhusten kivut. Duodecim. Viitattu 21.1.2012.  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo94056&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94056&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero).

Vainio, A. 2009. Kivunhallinta. Simulaatiomenetelmät. Viitattu 20.8.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00067](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00067).

Vuento-Lammi, M. 2005. Terapeuttiset menetelmät vanhuksen kivun hoidossa. Kipuviesti (2) Lokakuu 2005. Suomen kivuntutkimusyhdistys. Viitattu 25.3.2012.  
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Kipuviesti%202-2005.pdf>

## Kuvat:

Kuva 1: VAS-kipumittari (Terveyskirjasto 2007) .....	12
Kuva 2: Kipukiila, Red Wedge Scale (RWS) (Terveyskirjasto 2007) .....	13
Kuva 3: Numeraalinen asteikko (NRS) (PKSSK) .....	13
Kuva 4: Sanallinen asteikko (PKSSK) .....	14
Kuva 5: Painad-mittari (Terveysportti) .....	14
Kuva 6: Kasvoasteikko, Facial Pain Scale (FPS) (IASP=International Association for the study of a pain) .....	15
Kuva 7: Kivun hoidon periaatteet (Duodecim 2011) .....	17
Kuva 8: Oppaan sisältö .....	46

## Kuviot:

Kuvio 1: Akuutti ja krooninen kipu (Mukaillen: Estlander 2003, 17–18 & Salanterä 2006, 36)	9
Kuvio 2: Kipupotilaan tutkiminen (Duodecim) .....	11
Kuvio 3: Fyysiset hoitomenetelmät (Mukaillen: Kankkunen 2010, 261–262) .....	18
Kuvio 4: Kognitiivis-behavioraaliset hoitomenetelmät (Mukaillen: Kankkunen 2010, 261–262) .....	21
Kuvio 5: Kipulääkkeiden ryhmittely (Mukaillen: Terveyskirjasto) .....	25
Kuvio 6: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi, 2011, 109)..	37

## Taulukot

Taulukko 1: Porrastettu kivun hoito (Terveyskirjasto) .....	24
Taulukko 2: Aineiston pelkistäminen (kivun arviointi) .....	38
Taulukko 3: Alaluokkien muodostaminen (kivun arviointi) .....	39
Taulukko 4: Yläluokan muodostaminen (kivun arviointi) .....	39
Taulukko 5: Tutkimuksen tulokset .....	39
Taulukko 6: Hoitajien käyttämät kivunarviointimenetelmät.....	40
Taulukko 7: Kipu aiheuttaa muutoksia käytöksessä .....	41
Taulukko 8: Hoitajien kokemat haasteet kivunarvioinnissa .....	42
Taulukko 9: Kipumittareiden puuttuminen.....	42
Taulukko 10: Hoitajien käyttämät lääkkeettömät hoitomuodot .....	42
Taulukko 11: Hoitajien toteuttama lääkkeellinen kivunhoito .....	44
Taulukko 12: Lääkehoidon haasteet .....	44

## Liitteet

Liite 1: Tutkimuslupa-anomus .....	Error! Bookmark not defined.
Liite 1: Tutkimuslupa-anomus .....	Error! Bookmark not defined.
Liite 2: Myönnetty tutkimuslupa .....	65
Liite 3: Saatekirje haastateltaville .....	66
Liite 4: Teemahaastattelu runko .....	67
Liite 5: Mielikuvaharjoittelu .....	69
Liite 6: Kivunhoito-opas (taskuversio).....	Error! Bookmark not defined.



LAUREA - AMMATTIKORKEAKOULU

# **TUTKIMUSLUPA-ANOMUS**

Organisaatio, jolta lupaa haetaan	Kivipuiston monipalvelukeskus, palvelukotisäätiö
Opinnäytetyön tekijä/tekijät	Tiina Carlson, Susanna Leander-Korte, Hanna Hanna Paakkinen
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot	Tiina Carlson: 0504345356 Susanna Leander-Korte: 0400333425 Hanna Paakkinen: 0443495487
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden osoite/osoitteet	tiina.carlson@laurea.fi susanna.leander-korte@laurea.fi hanna.paakkinen@laurea.fi
Organisaatio/yksikkö Organisaation/yksikön yhteystiedot	Laurea-Ammattikorkeakoulu, Hyvinkää Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyön ohjaaja Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot	Lehtori Anne Laaksonen Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää
Opinnäytetyön nimi	Iäkkään kivun arviointi ja hoitaminen
Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat	Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa teemahaastattelujen avulla Kivipuiston palvelutalon hoitohenkilökunnan osaamista kivunhoidossa ja arvioinnissa. Tavoitteena on antaa uutta ja ajankohtaista tietoa ikääntyneiden kivun arvioinnista ja hoidosta. Opinnäytetyön tarkoituksena tuotetaan kivunhoito-opas Kivipuiston hoitohenkilökunnalle.
Tutkimuskysymykset/ -ongelmat	
1. Millaisia menetelmiä hoitajat käyttävät ikääntyneiden kivunarvioinnissa?	
2. Millaisia hoitomenetelmillä/-keinoilla hoitajat hoitavat ikääntyneen kipua?	
Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut; menetelmä, aineiston keruu ja analyysi, luotettavuus ja eettisyys	Menetelmänä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää. Haastattelut toteutetaan teemahaastattelujen muodossa, haastatteleamalla kuutta eri asumisyksikön hoitajaa. Aineisto tutkitaan induktiivisella sisällönanalyysillä, jonka tulosten pohjalta laaditaan palvelutalolle iäkkään kivun arvioinnin ja hoidon opas.



LAUREA - AMMATTIKORKEAKOULU

Järvenpää..... 27/11 2012  
Paikka ja aika

Hanne Paavola (Hanna Paavinen) Susanna Leander-Korte  
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset ja nimen selvennys Tiina Carlson

Huovinka 27.11.2012  
Paikka ja aika

Anne Laaksonen Anne Laaksonen  
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intymiteetin ja anonymiteetin.





#### TUTKIMUSLUPA

Myönnän tutkimusluvan liittyen läikkään kivun arviointi ja hoitaminen –nimiseen opinnäytetyöhön Laurea-Ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tekijät ovat Tiina Carlson, Susanna Leander-Korte ja Hanna Paakkinen. Opinnäytetyöhön liittyvät hoitajien haastattelut tehdään 4.12.2012.

Järvenpäässä 4.12.2012

Iris Varkoi  
johtaja  
Kivipuiston Palvelukotisäätiö  
Sorrnrinne 9, 04410 Järvenpää  
puh. 050 525 7745

### Liite 3: Saatekirje haastateltaville

#### Saatekirje

Olemme sairaanhoitaja-opiskelijoita Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on ”Kivun arviointi ja hoito iäkkään ihmisen hoitotyössä”. Tarkoituksena on tuottaa kivun hoidon ja arvioinnin -opas hoitotyön tueksi. Haastatteluilla selvitämme:

1. Millaisia menetelmiä lähi- ja sairaanhoitajat käyttävät iäkkäiden kivunarvioinnissa?
2. Millaisilla hoitomenetelmillä/-keinoilla lähi- ja sairaanhoitajat hoitavat iäkkäiden kipua?

Joulukuun 4. päivä tulemme haastattelemaan klo 14 alkaen kuutta hoitajaa. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelut nauhoitetaan myöhempää analysointia varten. Nauhoitukset hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Haastateltavien henkilöllisyydet eivät tule julki missään tutkimuksen vaiheessa.

Mikäli haluatte lisätietoa aiheesta, voitte ottaa yhteyttä sähköpostilla.  
Kiitos!

Tiina Carlson	Susanna Leander-Korte	Hanna Paakkinen
<a href="mailto:tiina.carlson@laurea.fi">tiina.carlson@laurea.fi</a>	<a href="mailto:susanna.leander-korte@laurea.fi">susanna.leander-korte@laurea.fi</a>	<a href="mailto:hanna.paakkinen@laurea.fi">hanna.paakkinen@laurea.fi</a>

Ohjaava opettaja	Työelämän yhdyshenkilö
Anne Laaksonen	Satu Solin-Laakkonen
<a href="mailto:anne.laaksonen@laurea.fi">anne.laaksonen@laurea.fi</a>	<a href="mailto:satu.solin-laakkonen@kivipuisto.fi">satu.solin-laakkonen@kivipuisto.fi</a>

#### Liite 4: Teemahaastattelu runko

##### **Kivunhoidon taustatiedot**

Kauanko olet työskennellyt hoitoalalla?

Mistä hankit tietoa kivun arvioinnista ja hoidosta?

Mitä asioita mielestäsi kuuluu hyvään iäkkäiden kivunhoitoon?

Mitä puutteita/ ongelmia mielestäsi iäkkäiden kivun hoitamiseen liittyy?

Millaisia asioita toivoisit kehitettävän iäkkäiden kivun hoitotyössä?

##### **Kivun muodot**

Miten omin sanoin kuvaisit kipua?

Mitä eroa on mielestäsi akuutilla ja kroonisella kivulla?

Minkälaista eroa on mielestäsi neuropaattisella, idiopaattisella, sekä nosiseptiivisella kivulla?

##### **Kivun hoidon arviointi**

Millä tavoilla iäkkäiden kipu ilmenee? Miten tunnistat sen?

Millaisilla menetelmillä arvioit iäkkään kipua ja kivun voimakkuutta?

Onko käytössänne kipumittareita? Minkälaisia?/ Käytätkö niitä työssäsi?

##### **Kivun hoito**

##### **Lääkkeettömät kivun hoitomenetelmät**

Millaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytät työssäsi?

Millaisia kiputiloja olet niiden avulla hoitanut?

Miten lääkkeettömät hoitomenetelmät mielestäsi toimivat kivunhoidossa?

Miten arvioit lääkkeettömien hoitomenetelmien vaikuttavuutta?

Ohjaatko työssäsi asukkaita käyttämään/ hyödyntämään erilaisia lääkkeettömiä hoitomenetelmiä?

### **Lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät**

Millaisia kipulääkkeitä käytät iäkkään ihmisen kivun lievityksessä?

Minkälainen käsitys on itselläsi kipulääkkeiden porrastuksesta?

Mitä kipulääkkeitä täällä käytetään kivunhoidossa?

Miten arvioit kipulääkkeen vaikuttavuutta iäkkäällä?

Minkälaisia haittavaikutuksia mielestäsi kipulääkkeillä on?

### **Kivun hoidon kirjaaminen**

Miten ja mitä kirjaat kivun arvioinnista ja hoidosta?

### **Kivunhoidon opas/ koulutus**

Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta iäkkäiden kivunhoidosta ja arvioinnista? Millaista koulutusta?

Onko palvelutalossa käytössä aiempaa kivunhoito-opasta?

Koetko tarvitsevasi kivunhoidon opasta? olisiko siitä hyötyä?

Mitä/ minkälaisia asioita toivoisit kivunhoidon oppaan sisältävän?

- Kuvittele itsesi aurinkoiselle niitylle, jossa puhaltaa leuto tuuli.
- Kuvittele polku ja lähde seuraamaan sitä. Kun kuljet sitä pitkin, tunnet olosi turvallisiksi ja mukavaksi. Voit kuulla lintujen laulun ja tuntea niittykukkien tuoksun. Polku johtaa niityn reunalla olevalle talolle.
- Nouse portaat ja avaa ovi. Kun astut sisään, huomaat että talo on jaettu kahtia lattiasta kattoon kulkevalla lasiseinällä.
- Istuudu tuoliin seinän eteen.
- Ota nyt kipusi ja aseta se seinän toiselle puolelle. Sen on pysyttävä siellä kunnes päätät toisin.
- Anna kivullesi väri ja muoto.
- Tarkkaile sitä. Mitä se tekee kun olet pannut sen lasin toiselle puolelle? Miltä tuntuu katsella sitä?
- Kysy kivultasi seuraavat kysymykset ja kuuntele, kun se vastaa.
- "Miksi olet täällä? Milloin menet pois? Mitä voin oppia sinulta? Voimmeko tulla toimeen?"
- Kysy vielä muita kysymyksiä, jotka ovat mielessäsi.
- Mieti nyt, millä tavalla haluat muuttaa kipusi kuvaa. Jos se on epämääräinen möykky, pane se muottiin tai astiaan. Jos se on kuuma, jäähdytä se. Jos se on terävä, pyöristä sen reunat. Sinun ei tarvitse tuhota sitä.
- Kun olet lopettanut, saat päättää mitä teet kivullesi. Otatko sen kokonaan mukaasi? Jätätkö sen kokonaan lasiseinän taakse? Otatko osan siitä mukaasi?
- Olet uudelleen auringonpaisteessa. Palaa polulle ja niityn reunaan. Kulje polkua miellyttävään paikkaan, jota käytät mielikuvaharjoituksissa. Viihdy siellä jonkin aikaa kunnes lasket jälleen viidestä yhteen ja avaat silmäsi."

Kuva 4: Ohjattu mielikuvaharjoittelu (Vainio 2009, 142-143.)



## IKÄÄNTYNEEN KIVUN ARVIOINNIN JA HOIDON OPAS



## Johdanto

Kivunhoitoa ohjaavat lainsäädäntö, ammattiryhmien eettiset perusteet, sekä näyttöön perustuva tieto kivun hoidon vaikuttavuudesta. Kivun arviointi ja hoito ovat tärkeä osa laadukasta hoitoa. Kivunhoitotyö on tiimityötä.

Hoitajalla on keskeinen asema kivun tunnistamisessa, arvioinnissa, hoidossa ja kivun hallinnan tukemisessa. Kokonaisvaltaiseen kivunhoitoon vaaditaan tietoa kivun mekanismeista ja etiologiasta. Lisäksi tarvitaan tietoa kivun ilmenemisestä, luotettavista arviointimenetelmistä, sekä tekijöistä, jotka edesauttavat tai estävät kivun hallintaa.

Tämä opas on osa ”Kivun arviointi ja hoitaminen iäkkään ihmisen hoitotyössä” opinnäytetyötä. Opas on tehty Kivipuiston hoitohenkilökunnalle iäkkään kivun arvioinnin ja hoitamisen apuvälineeksi.

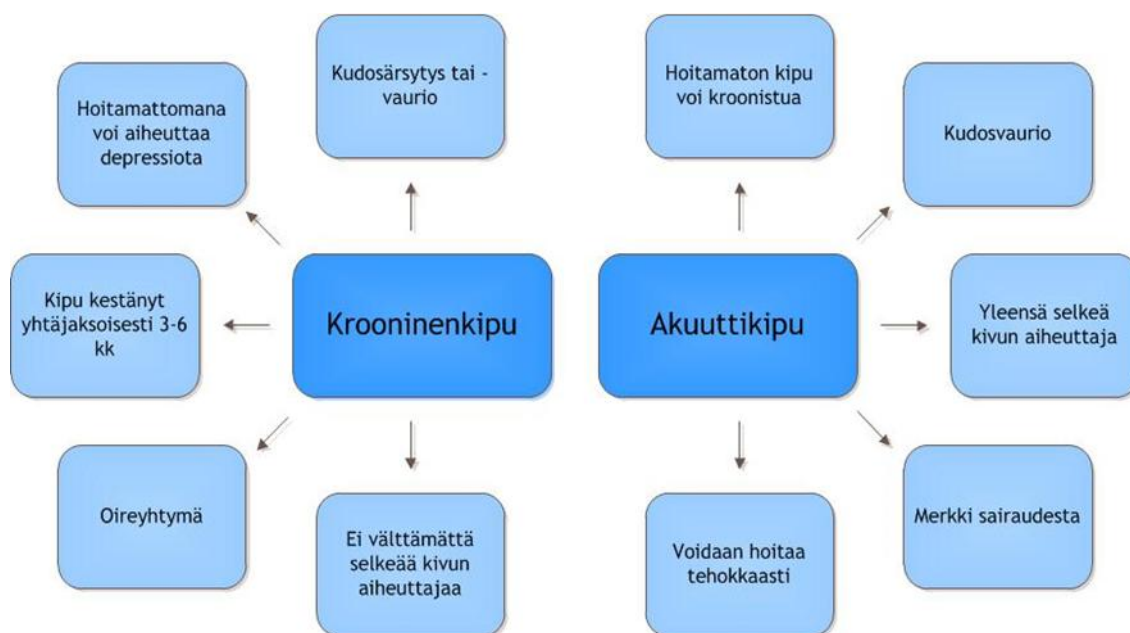
## Sisällys

1.	KIPU .....	73
	Kiputyypit .....	74
2.	KIVUN ARVIOINTI .....	76
	Apuvälineitä kivun arviointiin.....	77
3.	KIVUN HOITAMINEN .....	82
	Lääkkeettömät hoitomuodot.....	83
	Lääkkeelliset hoitomuodot .....	85
4.	KIRJAAMINEN .....	90



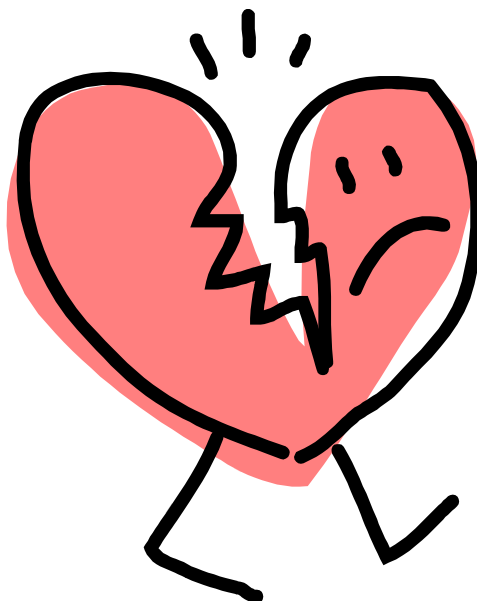
## 1. KIPU

Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaan vaurioon, tai jota kuvataan kudosaan vaurion käsittein. Ikääntymiseen liittyvät perussairaudet aiheuttavat yleisesti pitkäaikaista kipua iäkkäille. Kipu voi johtua yhdestä tai useammasta kroonisesta sairaudesta. Kipua voi aiheuttaa mm. nivelrikko, osteoporoosi, masennus, alaraajojen verenkiertohäiriö, sydämen vajaatoiminta, syöpä tai jokin akuutti sairaus. Kipu luokitellaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutin ja kroonisen kivun merkitys, mekanismit ja hoitokeinot ovat erilaisia.



**Akuutti kipu** on lyhytaikaista ja sille on yleensä selkeä syy. Kipu voi johtua äkillisestä kudosaan vauriosta, lääketieteellisestä toimenpiteestä tai leikkauksesta. Kipu helpottuu, kun perussy sadaan hoidettua. Tämä kiputila on tarpeellinen ja tarkoituksenmukainen hälytysmerkki fyysisestä sairaudesta tai elimistöä uhkaavasta vauriosta. Akuuttia kipua voidaan hoitaa tehokkaasti. Hoitamaton, voimakas akuutti kipu saattaa kroonistua.

**Krooninen kipu** tarkoittaa pitkäaikaista kipua. Kipua pidetään kroonisena, kun se on jatkunut yhtäjaksoisesti 3-6 kk. Taustalla yleensä on kudosaan vaurio. Krooninen kipu ei usein ole vakavan vaurion tai sairauden oire, vaan siitä on tullut oireyhtymä. Pitkäaikainen kipu rajoittaa ja passivoi. Siihen voi liittyä elämänhalun heikkenemistä. Kivusta ja seuraamuksista voi muodostua vaikea ja ongelmallinen noidankehä, jossa kivun seuraukset ylläpitävät kipuongelmaa.



## 6.5 Kiputyypit

**Kudosvauriokipu eli nosiseptiivinen kipu** liittyy jatkuvaan kudosvaurioon. Kudosvauriokipua on tyypillisesti reumassa ja niveltulehduksissa, jossa jatkuva tulehdus on kivun aiheuttajana. Se voidaan jaotella hermojärjestelmän välittämään vaurioon tai sisäelimestä peräisin oleva kipuun.

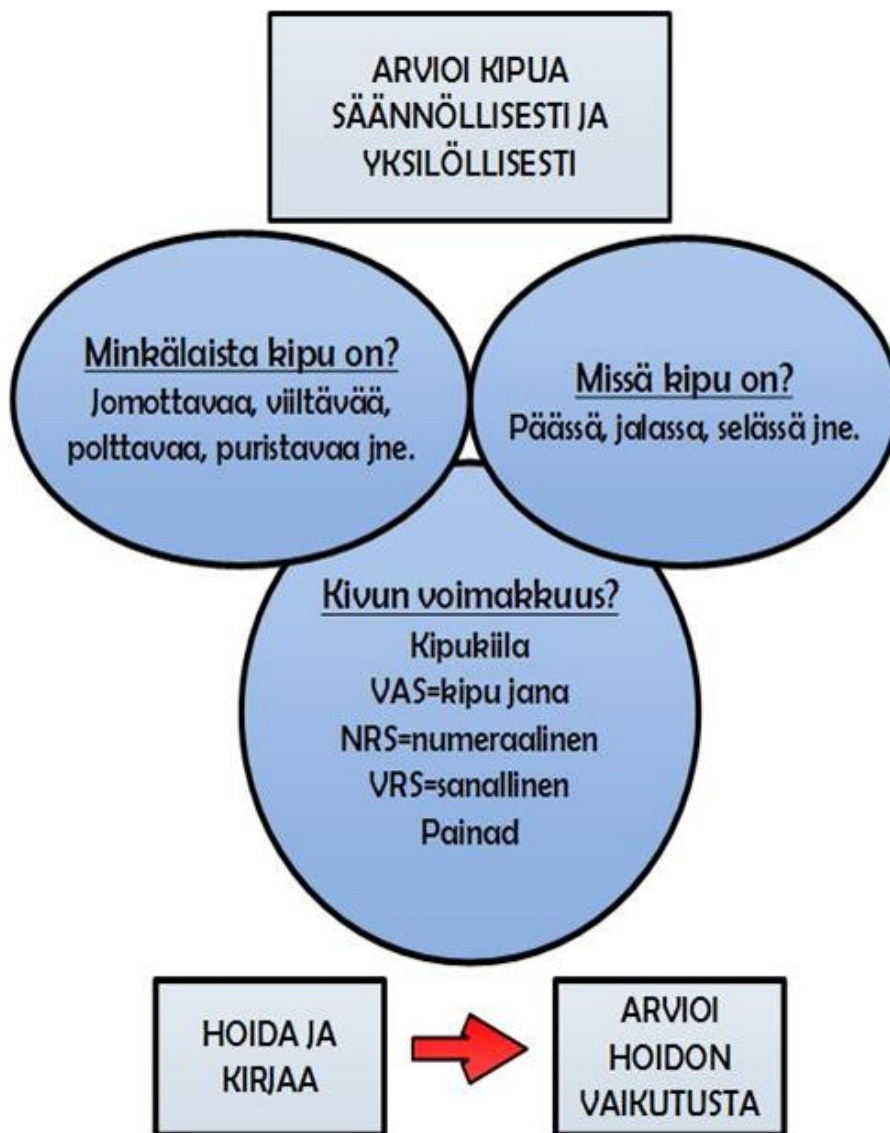
**Hermovauriokipu eli neuropaattinen kipu** aiheutuu kudosvauriosta, joka on kohdistunut hermostoon. Hermovauriossa kipualue on terve, mutta vika on kipuviestiä kuljettavassa järjestelmässä. Hermovauriossa vika korjaantuu hitaasti ja epätäydellisesti. Toisinaan hermovaurio jää pysyväksi. Vaurion aiheuttajana voi olla jokin vamma tai sairaus esim. diabetes tai kaula-hartiaseudun hermopunoksen revähdys.

**Mekanismiltaan tuntematon eli idiopaattinen kipu**, jossa ei havaita kipualueella merkkejä kudosvauriosta, eikä hermovauriosta. Erilaisten tutkimusten mukaan ihminen voi olla kaikin puolin terve, mutta kipu ei lievyt. Tämänlaisissa kiputiloissa erityisesti psyykkisten tekijöiden osuus on otettava huomioon.



## 2. KIVUN ARVIOINTI

Kivun mittaaminen ja hoitaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Se on jokaisen ihmisen perusoikeus ja kuuluu osana korkeatasoiseen iäkkäiden terveyden- ja sairaanhoitoon. Kivun arvioinnin tulisi kuulua yhtä rutiininomaisesti päivittäishoitotyöhön kuten esim. pulssin, verenpaineen, hengityksen ja lämmön mittaaminen.

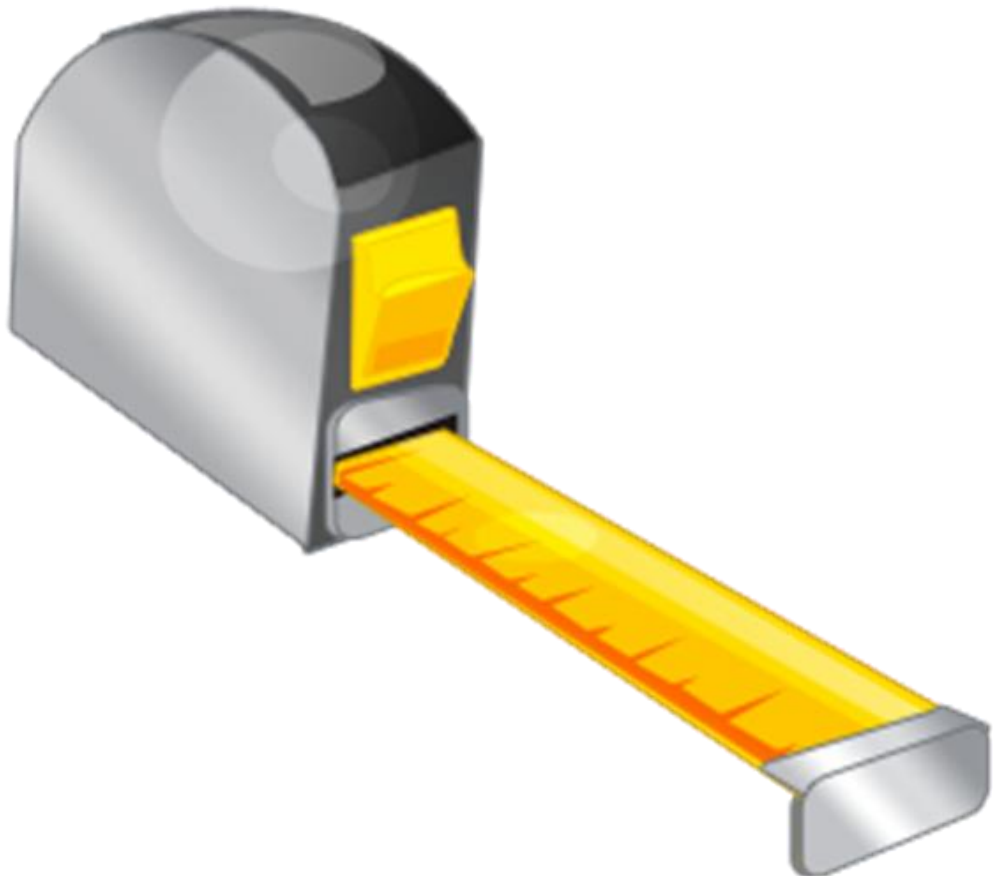


6.6

6.7

## 6.8 Apuvälineitä kivun arviointiin

Riittävän informatiivisuuden vuoksi kivunarvioinnin apuna tulee käyttää mittaria. Iäkkäiden hoitoon ei ole olemassa yhtä oikeaa mittaria. Käytettävä mittari valitaan yksilöllisesti. Kivun arviointi tulisi tapahtua aina samalla mittarilla vertailukelpoisuuden vuoksi.



### Kipukiila



Kipukiila on todettu hyväksi ja luotettavaksi mittariksi lievästi dementoituneiden ja huononäköisten keskuudessa. Mittarin toinen pää tarkoittaa kivuttomuutta ja suureneva punaisen osuus kivun määrää. Asiakkaan osoittama kohta punaiselta alueelta luetaan takana olevasta senttimetriasteikosta .

NRS asteikko

Numeraalinen asteikko										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Ei kipua										
10 = pahin mahdollinen, sietämätön, henkeä salpaava kipu										

NRS asteikoissa kipua arvioidaan numeraalisesti. Monet iäkkäät ovat tottuneet kouluaikoina arviointiasteikkoon, joka on välillä 4-10. Tästä syystä asteikko välillä 0-10 voi olla joillekin iäkkäille vaikeakäyttöinen.

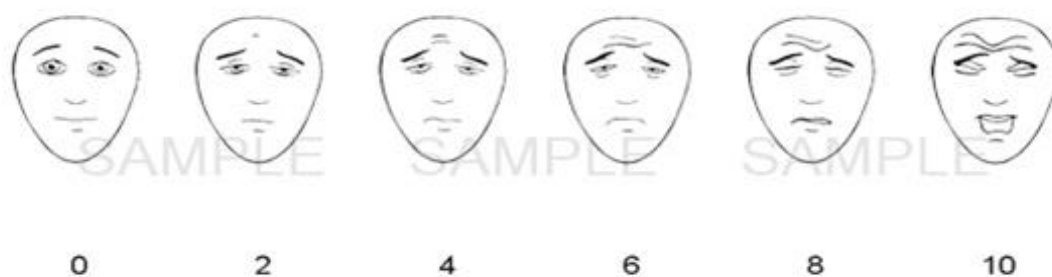
VRS asteikko

Sanallinen asteikko				
Ei kipua	Lievä kipu	Kohtalainen kipu	Kova kipu	Sietämätön kipu

VRS eli sanallisella asteikolla voidaan suoraan kysyä, minkälainen ilmaisu kuvaa hänen kipuaan, kivun voimakkuutta ja laatua parhaiten. Asiakkaalta voidaan kysyä onko kipu lievää, kohtalaista, voimakasta vai sietämätöntä.

Kasvo asteikko





Kasvo asteikko on lapsille alun perin suunnattu mittari, mutta se toimii erinomaisesti myös iäkkäiden kroonisen kivun mittauksessa. Kasvoasteikkoa on käytetty yleisesti iäkkäiden hoidossa. Aikuisille suunnatussa kasvoasteikossa kivuton kasvo ei hymyile ja vastaavasti kivuliain kasvo itke.

PAINAD

Muuttuja	0	1	2
Hengitys	Normaali	Hengitys on ajoittain vaivalloista. Lyhyt hyperventilaatio jakso	Hengitys on äänekästä ja vaivalloista. Pitkä hyperventilaatio jakso. Cheyne-Stokesin hengitystä
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikerointia ja voihkimista. Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikerointia tai voihkimista. Itkua
Kasvojen ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehonkieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä, rauhatonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle ja tynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei auta

PAINAD on muistisairaiden kivun arviointiin kehitetty mittari, joka pohjautuu kivun aiheuttamaan, käyttäytymisen muutoksen arviointiin. Mittarilla voidaan tehdä arviota viiden minuutin aikana hengityksen, kasvojen ilmeiden, kehonkielen ym. poikkeavuudesta asteikolla 0 (=normaali), 1= (lievästi poikkeava), 2 (=selvästi poikkeava). Viiden kategorian pisteet lasketaan yhteen, jolloin kivulle saadaan yksi arvo 0-10. Kipukäyttäytymispisteitys voi olla luotettavampi kivunarviointitapa, kuin yksikään kipumittari.

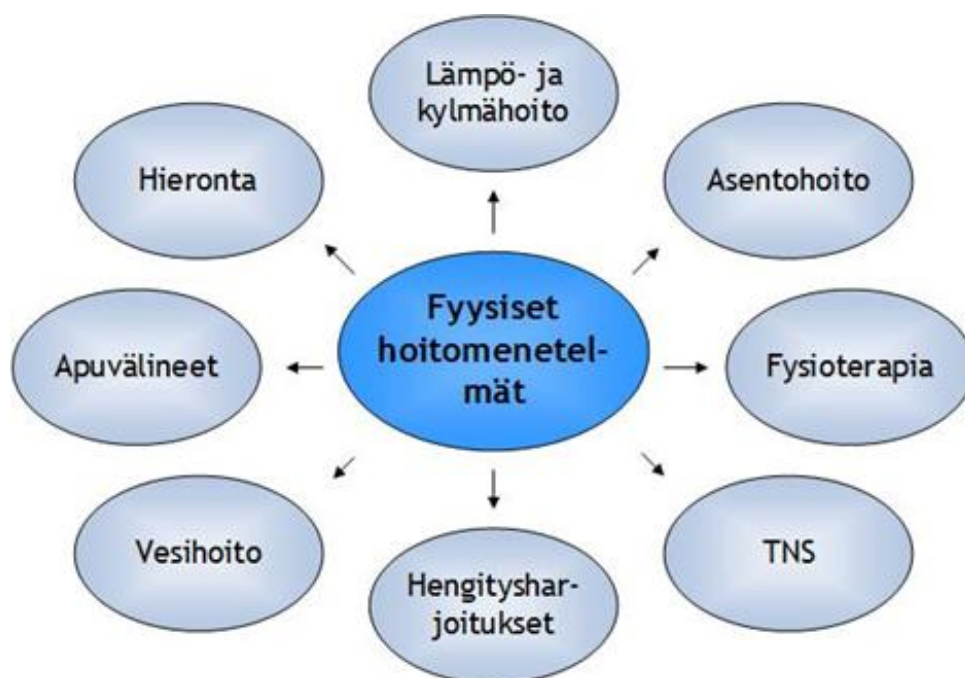
### 3. KIVUN HOITAMINEN

Kivun hoidon tavoitteena on kivun perussyyn hoitaminen. Tehokkaan kivunhoidon perustana ovat kipulääkkeet. Kivunhoidon vaikutusta voidaan tehostaa lääkkeettömillä

hoitomenetelmillä. Kivun alihoitamisen ohella on varottava myös, liiallista ja liian pitkäaikaista kivun hoitoa.

#### 6.9 Lääkkeettömät hoitomuodot

Lääkkeettömien menetelmien teho perustuu osin hermostoon vaikuttamalla ja henkilön tunteeseen tulla huomatuksi ja hoivatuksi. Lääkkeettömät hoitomenetelmät luokitellaan kahteen ryhmään: fyysisiin ja kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin.



**Asentohoidolla** pyritään saamaan mahdollisimman rento asento, jolla kipu lievittyy. Asentohoidolla estetään ihopainumat, uhkaavat painehaavat, sekä ylläpidetään verenkiertoa. Myös nivelten virheasentoja ehkäistään asentohoidolla.

**Lämpöhoito** aiheuttaa paikallisen lämpötilan nousun, jolloin verenkierto vilkastuu. Tämän seurauksen aineenvaihdunta kiihtyy, pehmytosten jäykkyys alenee, lihasjännitys laukeaa ja kipu vähenee. Hoidon esteitä ovat valtimoverenkierron vajaus, hoitoalueen vauriot, vammat, tulehdukset, ihottumat, sekä ihon tuntopuutokset.

**Kylmähoito** perustuu kudosten lämpötilan alenemiseen, joka johtaa yhdessä hermo-lihasjärjestelmän kautta lihasten rentoutumiseen. Kylmä vaikuttaa kipua lievittävästi. Se hidastaa hermoärsyksen johtumisnopeutta, aiheuttaen ihon tunnottomuutta.

**Hieronta** on mekaaninen kivunhoitokeino, joka on pehmeiden kudosten järjestelmällistä käsittelyä. Hieronta lievittää kipua, parantaa verenkiertoa, rentouttaa jännittyneitä lihaksia ja vähentää stressiä

**Hengitysharjoitukset** rentouttavat lihaksia, sekä vähentävät stressiä ja kivun voimakkuutta. Rauhallinen syvähengittäminen lisää elimistön hapensaantia. Yhdistämällä syvähengitys musiikkiin ja lihasharjoituksiin saadaan vaikutuksesta tehokkaampaa.

**Fysioterapian** tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen, aktiivisilla ja toiminnallisilla menetelmillä. Harjoittelussa sovelletaan normaaleja fyysisen suorituskvyn harjoittelun periaatteita.

**Apuvälineet** helpottavat arjessa selviytymistä. Apuvälineiden avulla pyritään pitämään yllä toimintakykyä.

**Vesihoito** toimii parhaiten allasterapiana. Sillä tarkoitetaan liikeharjoitusta voimistelun, vesikävelyn ja -juoksun, sekä uinnin muodossa. Lämpimässä vesialtaassa harjoittelu ja kuntoutus onnistuu paremmin, kuin fysioterapiassa. Viileässä vedessä harjoitukset voidaan tehdä tehokkaasti, mikä vähentää kipua ja spastisuutta.

**TNS** eli Transkutaaninen sähköinen hermosimulaatio on ihon läpi annettava sähköinen simulaatio. Vaikutus on tehokkain ihmisillä, joilla on terve hermosto. Sitä voidaan käyttää akuuttiin, kroonisiin, sekä leikkauksen jälkeisiin kipuihin. Hoitoa ei tule antaa, jos henkilöllä on sydämentahdistin, iho vaurioita tai iho on puudutettu.



**Rentoutuminen** vaikuttaa kipuun liittyvän lihasjännityksen ja negatiivisten tunnereaktioiden vähentämiseen, nukahtamisen helpottamiseen ja kivunhallinnan tunteen parantamiseen.

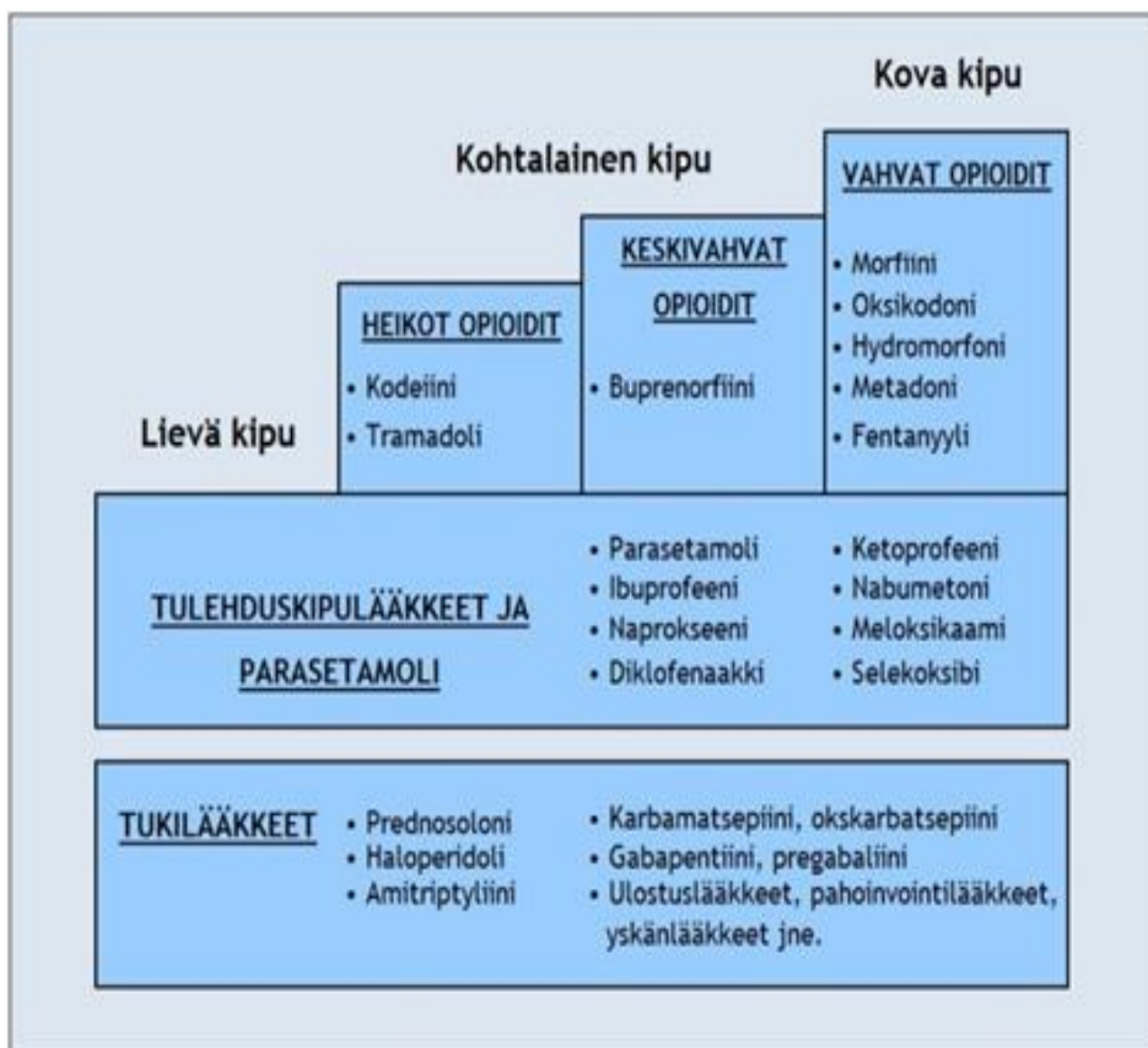
**Kivunhallintaryhmän** voi toteuttaa koulutuksen saanut terapeutti. Vaikka terapia toteutetaan ryhmässä, jokaisella on omat henkilökohtaiset tavoitteet.

**Ohjattu mielikuvaharjoittelu** on mielikuvitusta hyödyntävä rentoutumiskeino. Tavoitteena on luoda asiakkaalle mahdollisuus kontrolloida tilannettaan oman mielikuvituksensa avulla.

#### 6.10 Lääkkeelliset hoitomuodot

Ikääntyminen vaikuttaa lääkeaineiden jakautumiseen, metaboliaan ja erittymiseen. Iäkkäiden lääkeannoksia on näistä syistä pienennettävä, jotta lääkeainetta ei kertyisi liiallisia määriä elimistöön.

Asianmukaisen kipulääkityksen aloittaminen riittävän aikaisessa vaiheessa ehkäisee kivun kroonistumista. Porrastetussa lääkehoidossa peruslääkkeenä on ensisijaisesti parasetamoli tai tulehduskipulääke. Tarvittaessa niihin voidaan liittää vahvempi kipulääke.



Tulehduskipulääkkeet hillitsevät tulehdusreaktiota, laskevat kuumetta ja lievittävät kipua. Niitä käytetään yleisimmin tuki- ja liikuntaelinkipuihin, leikkausten jälkeisiin kipuihin, sekä päänsärkyyn. Tulehduskipulääkkeet ovat tarkoitettu lieviin ja keskivaikeisiin kiputiloihin.

Huomioi: Sydämen- ja munuaistenvajaatoimintaa sairastavilla tulehduskipulääkkeet saattavat lisätä turvotuksia. Pitkä tulehduskipulääkkeiden käyttö heikentää verenpainelääkkeen tehoa ja johtaa verenpaineen nousuun. Tulehduskipulääkkeet saattavat ärsyttää vatsanlimakalvoa ja lisätä verenvuoto riskiä. Yhteiskäytössä varfariinin kanssa, verenvuotoriski on huomattava. Erityisesti iäkkäät ovat alttiita haittavaikutuksille. Suoneen ja lihakseen annostellut tulehduslääkkeet ovat yhtä haitallisia vatsanlimakalvolle, kuin suunkautta otetut.

**Parasetamoli** on kipu- ja kuumelääke, joka vaikuttaa keskushermoston kautta. Se ei ärsytä vatsanlimakalvoja tulehduskipulääkkeiden tavoin. Paracetamolien käytönaiheet ovat samanlaisia, kuin tulehduskipulääkkeillä. Kivunhoidossa riittävän suuri annostus on tärkeää.

Huomioi: Suuriin parasetamoli annoksiin liittyy vaikea maksavaurion vaara. Maksaan kohdistuvia haittavaikutuksia lisää runsas alkoholin käyttö. Mahasuolikanavan verenvuotoriski suurenee, annoksen ylittäessä 2g vuorokaudessa.

**Opioidit** vaikuttavat suoraan tai keskushermoston kautta elimistön sileisiin lihaksiin. Opioidia käytetään vaikeissa akuuteissa ja kroonisissa kiputiloissa, sekä leikkausten jälkeisissä ja syövästä johtuvissa kivuissa. Opioidit eivät ole ensisijaisia lääkkeitä kivunhoidossa. Iäkkäillä opioidien annostus on noin puolet suositellusta aloitusannostuksesta. Pitkäaikainen opioidien käyttö tulisi lopettaa asteittain. Annosta voidaan alentaa esimerkiksi 20% viikossa.

Huomioi: Fyysinen riippuvuus kehittyy kaikille, jotka käyttävät opioideja pitkään suurella annoksella. Vieroitusoireet ilmaantuvat mikäli lääke lopetetaan äkillisesti. Suuret annokset saattavat laskea verenpainetta ja pulssia. Ummetus on yleinen haitta opioideja käytettäessä.

Tukilääkkeinä kivunhoidossa voidaan käyttää kortisonivalmisteita, sekä masennus- ja epilepsialääkkeitä.



**Kortisoni** vaikuttaa elimistön omaan puolustusmekanismiin hillitsemällä tulehdusoireita. Kortisonivalmisteita käytetään mm. reumasairauksissa ja sidekudossairauksissa oireiden lievittämiseen.

Huomioi: Pitkäaikainen kortisonin käyttö voi aiheuttaa verenpaineen nousua, verensokeritasapainon heittelyä, ihon ohenemista ja luuston haurastumista. Kortisonin pitkäaikainen käyttö tulee lopettaa asteittain keskeytsoireyhtymän välttämiseksi.

**Masennuslääkkeitä** voidaan käyttää henkilöillä, joilla on pitkäaikaisia kiputiloja. Näitä ovat esimerkiksi kudosisvaurioista, hermovaurioista ja kipuoireyhtymistä johtuvat kivut.

Masennuslääkkeiden aloitus kivunhoitoon tapahtuu pienillä annoksilla.

Huomioi: Masennuslääkkeet saattavat aiheuttaa virtsaamisvaikeutta, ummetusta ja sydämen tykyttelyä. Lääkkeen vastetta kivun lievitykseen voidaan arvioida vasta muutaman viikon kuluttua aloituksesta. Lääkkeen lopetus tulee tehdä asteittain lopetusoireiden välttämiseksi, muutaman viikon aikana.

**Epilepsialääkkeet** ovat tarkoitettu neuropaattisen kivun hoitoon. Epilepsialääkkeet vaikuttavat vaurioituneissa hermopäissä joissa ne vähentää hermoimpulssien syntyä.

Huomioi: Epilepsialääkkeet voivat aiheuttaa erilaisia muisti-, puhe- ja liikehäiriöitä. Väsymys on myös yleinen haitta. Henkilö, jolla on muita sairauksia on otettava huomioon harvinaiset vaikutukset maksan toimintaan, verisolujen muodostukseen ja verenkiertoon. Näitä tulee seurata verikokeiden avulla.





#### 4. KIRJAAMINEN

*”Kirjaamatonta kipua ei ole, eikä kirjaamatonta kipua ole hoidettu” (Pahlman 2002)*

Kirjaamisella on tärkeä merkitys asiakkaan ja ammattihenkilöstön oikeusturvan kannalta. Lisäksi hoidollisten asiakirjojen laatiminen, sekä päivittäisten havaintojen ja hoitotoimien kirjaaminen, on laissa säädetty ammattihenkilöiden velvollisuus.

Kirjaamisen avulla henkilön kokema kipu välittyy häntä hoitavalle taholle. Kirjaaminen on kulmakivi yksilöllisen ja laadukkaan kivunhoidon onnistumiselle.



Hoitosuunnitelmaan olisi hyvä kirjata iäkkään omat toiveet ja käsitykset kivunhoidosta. Iäkkään psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista tilaa tulisi arvioida ja siinä tapahtuvat muutokset olisi tärkeää kirjata niin hoitosuunnitelmaan, kuin päivittäisseurantalomakkeisiin.





Opas perustuu opinnäytetyöhön Tiina Carlson, Susanna Leander-Korte ja Hanna Paakkinen (2013) Kivun arviointi ja hoitaminen iäkkään ihmisen hoitotyössä.

